Cena 1 Zł 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Listopad 1951 Nr 11



Numer poświęcony osiągnięciom radzieckim

WYDAWCA POLSKI

CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Listopad 1951 Nr 11

W ROCZNICĘ...



W bieżącym roku mija 34 lat od pamiętnych dni Wielkiej Rewolucji Proletariackiej.

Rewolucja ta, nie zamykając się jedyn e w ramach narodowych, stanowi zasadniczy zwrot w dziejach całej ludzkości. Zniesienie wyzysku człowieka przez człowieka — oto hasło, które trafiło do wszystkich ludzi pracujących, czy to byli robotnicy kopalń rosyjskich, czy angielskich doków, czy czarni niewolnicy białych plantatorów Ameryki Południowej, czy kulisi wielkich Chin.

Urzeczywistnienie tego hasła poruszyło wszystkie narody świata, dlatego też mówimy o wspaniałym międzynarodowym znaczeniu Rewolucji Październikowej, która stała się punktem zwrotnym w dziejach ludzkości, dała początek erze rewolucji proletariackich i dyktaturze proletariatu, która wreszcie dała początek erze upadku kapitalizmu.

Lenin pisze: „każda rewolucja oznacza gwałtowny przełom w życiu olbrzymich mas ludu. Jeśli przełom taki nie dojrzał, to o prawdziwej rewolucji nie może być mowy. I jak każdy przełom w życiu każdego człowieka uczy go wielu rzeczy, zmusza go by wiele przeżył i odczuł, tak i rewolucja udziela całemu ludowi w krótkim okresie czasu nadzwyczaj bogatych w treść i niezmiernie cennych nauk.

W czasie rewolucji miljony i dziesiątki miljonów ludzi uczy się w ciągu każdego tygodnia więcej, aniżeli w ciągu roku zwykłego sennego życia..."

PO raz pierwszy w historii świata został zrobiony wyłom w monopolu władzy, jaki do roku 1917 posiadali kapitaliści. W jednym z największych krajów świata rewolucja postawiła u władzy proletariat. Tak więc po raz pierwszy w dziejach ludzkości klasa robotnicza stała się klasą panującą, budującą ustrój socjalistyczny.

Na oczach jednego pokolenia wyrasta nowe, wspaniałe państwo robotników, rozkwita przemysł i kultura, wzrasta nowa inteligencja, wznoszą się gmachy szkół i pałace sztuki; rośnie ożywiona duchem socjalizmu radziecka armia, której moralno-polityczne oblicze, siła i zwycięska historia imponują dziś całemu światu; krzywa produkcji pnie się wzwyż. A wszystko to dzieje się w nowym państwie radzieckim, podczas gdy robotnicy krajów kapitalistycznych gną się pod ciężarem niesprawiedliwości społecznej, podczas gdy produkcja krajów kapitalistycznych przeżywa klęski kryzysów, bezrobocia i nędzy. Nawet w Ameryce, która ostatnio podporządkowała sobie ekonomicznie wszystkie zachodnie kraje Europy, produkcja powojenna w porównaniu do wskaźników przedwojennych s p a d ł a o 22 proc., podczas gdy produkcja zwycięskiego ustroju socjalizmu w z r a s t a w tym samym czasie o 20 proc., pozwalając na przeprowadzenie w okresie powojennym trzech kolejnych o b n i ż e k c e n.

Dowód przewagi ustroju socjalistycznego nad ustrojem kapitalistycznym zadał więc kłam o „wieczności" i „nietykalności" własności burżuazyjnej, prawda o rewolucji dotknęła śmiertelnie władców kapitalistycznych, niwecząc mit o nieprzemijalności burżuazji, otwierając oczy milionom ludzi pracujących całego świata, stała się siłą, która zachwiała gmachem kapitalizmu w jego podstawach.

SIŁA państwa powstałego w wyniku Rewolucji Październikowej leży w jego ustroju, którego dążeniem jest *dobrobyt wszystkich ludzi pracy, zniesienie ucisku i utrwalenie pokoju na całym świecie.*

Pokojowe współzawodnictwo Państwa Rad z państwami o ustroju kapitalistycznym jest obserwowane przez miliony ludzi pracujących całego świata, ludzi, którym wojna może przynieść tylko zniszczenie, ciemiężcom zaś ich — wzbogacenie. Pokojowe dążenia Związku Radzieckiego znajdują żywy oddźwięk w krajach, których rządy kapitalistyczne — zaślepione nienawiścią do państwa socjalistycznego — pragną prowadzić do zguby.

Wokół ZSRR powstał pierwszy w dziejach, zorganizowany obóz pokoju, liczący już przeszło miliard ludzi. Demaskując wojenne knowania imperialistów, przyczyniając się do powstania Niemieckiej Republiki Demokratycznej, protestując przeciwko remilitaryzacji Niemiec i Japonii, występując na forum ONZ w obronie napadniętego ludu Korei — Związek Radziecki stał się głównym obrońcą pokoju, decydującą siłą Obozu Pokoju.

Dlatego też dzisiejsze Święto Rewolucji Październikowej jest zarazem świętem wszystkich tych, którzy pragną utrzymania i utrwalenia pokoju.

W wyniku wspaniałych operacji Armii Radzieckiej, i, opartej na historycznym materializmie, strategii wodza narodów Związku Radzieckiego, Stalina, zostaje wyzwolony szereg krajów, które na drodze łagodnych rewolucji społecznych przekształcają swój ustrój. Kraje te, znalazłszy w Związku Radzieckim, oparcie jako w sojuszniku klasowym i narodowościowym, w walce ludu o wyzwolenie społeczne — budują u siebie socjalizm.

Polsce zwycięstwo Rewolucji Październikowej przynosi już powtórną niepodległość. Za pierwszym jednak razem do władzy w naszym kraju doszli wrogowie ludu polskiego i wrogowie ZSRR. Począwszy od wyprawy na Kijów, poprzez stałą, wrogą Związkowi Radzieckiemu propagandę, poprzez faszyzację kraju — doprowadzili oni Polskę do dni wrześniowych, które wydały ją na łup Niemcom hitlerowskim.

Gdy po raz wtóry Związek Radziecki przynosi nam wolność — władzę w Polsce ujmują już w swe ręce masy ludowe z robotniczą partią na czele. Przed narodem polskim staje otworem droga braterskiej przyjaźni i współpracy z narodami radzieckimi.

Pamiętne: „TAK JEST" — Stalina w sprawie naszych granic zachodnich, poważna pomoc w odbudowie i budowie naszego kraju — oto dalsze dowody przyjaźni i zaufania, jakimi darzą nas bratnie narody Związku Radzieckiego.

Dlatego też święto narodów radzieckich jest równocześnie świętem narodu polskiego.

WSPANIAŁE wyniki Rewolucji Październikowej nie mogły pozostać bez wpływu na ruch rewolucyjny w krajach kolonialnych i zależnych.

„Jeżeli jakikolwiek bądź naród — pisał Lenin — jest przemocą utrzymywany w granicach danego państwa, jeśli wbrew wyrażonemu przezeń życzeniu — bez względu na to, czy to życzenie znalazło swój wyraz w druku, na zgromadzeniach ludowych, w uchwałach partii, czy też we wzburzeniu i powstaniach przeciw uciskowi narodowemu — nie daje mu się prawa w swobodnym głosowaniu, po całkowitym wycofaniu wojsk kraju przyłączającego lub w ogóle silniejszego, zdecydować, bez najmniejszego przymusu, kwestii form istnienia państwowego tego narodu, to jego przyłączenie jest aneksją, czyli zaborem i aktem przemocy."

Ożywione ideami rewolucji wzrastają sympatie ludów Indonezji, Indii, a ostatnio Vietnamu i Korei; budzi się Egipt; walczą z uciskiem i zwyciężają wielkie Chiny; ożywiona wielką ideą marksizmu-leninizmu, zapatrzona we wspaniałe osiągnięcia państwa porewolucyjnego powstaje Niemiecka Republika Demokratyczna; z tęsknotą zwracają się w stronę Związku Radzieckiego oczy strajkujących i głodujących robotników Włoch,

Francji i Anglii, a komunistyczne partie tych krajów podejmują uroczyste uchwały, że ich ludy nie będą prowadziły wojny przeciwko Związkowi Radzieckiemu.

DZIŚ, po 34 latach, gdy na 1/3 części ziemi żyją wolne narody, gdy Związek Radziecki na przestrzeni 1/6 świata buduje komunizm, pamięć tamtych chwil, które dały początek dziełu pełnego wyzwolenia człowieka, żyje w nas nie tylko jako symbol wielkiego zwycięstwa, lecz również jako hasło do dalszej, nieustępliwej walki o socjalizm i pokój.

W 34 rocznicę Wielkiej Rewolucji Październikowej, Wszechzwiązkowa Komunistyczna Partia (bolszewików) ogłosiła hasła niosące braterskie pozdrowienia dla narodów krajów Demokracji Ludowej, narodu chińskiego, demokratycznych sił Niemiec, walczącego ludu Korei, dla ludów kolonialnych i zależnych na całym świecie, hasła wzywające te ludy do walki z odradzającym się militaryzmem japońskim i niemieckim, do walki o pokój.

Zwracając się do narodów Związku Radzieckiego WKP(b) głosi:

POD SZTANDAREM LENINA,

POD PRZEWODNICTWEM STALINA,

— NAPRZÓD DO ZWYCIĘSTWA

— NAPRZÓD DO KOMUNIZMU!



W pamiętne dni Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej.
Pałac Smolny — siedziba bojowego Sztabu Rewolucji.

WAF

Dr Jan Rutkiewicz
Prezes P.C.K.

Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc

W Związku Radzieckim organizacją analogiczną do Polskiego Czerwonego Krzyża jest Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc.

Zadaniem naczelnym Radzieckiego Czerwonego Krzyża jest organizowanie mas pracujących do walki o swe zdrowie. Uspołecznione grupy ludności miejskiej i wiejskiej, robotnicy fabryczni i chłopi kołchozów oraz młodzież szkolna organizują w zakładach pracy, szkołach i osiedlach liczne Koła Czerwonego Krzyża. Koła te roztaczają opiekę nad stanem sanitarnym zakładów pracy, osiedli, szkół, pomagają organizować zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, opiekują się osobami samotnymi w wypadku choroby obłożnej. W zakładach pracy i blokach mieszkalnych udzielają pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach do czasu przybycia lekarza.

Według założeń programowych Związku Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca ZSRR działalność Radzieckiego Czerwonego Krzyża polega na:

a) organizowaniu w przedsiębiorstwach, kołchozach, sowchozach, instytucjach, zakładach naukowych i domach mieszkalnych podstawowych organizacji (kół) Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca oraz sieci posterunków i drużyn sanitarnych;
b) szkoleniu masowych kadr obrony sanitarnej (pielęgniarek, sanitariuszy, dezynfektorów);
c) prowadzeniu masowego szkolenia ludności w zakresie obrony sanitarnej kraju i umiejętności okazania pierwszej pomocy sanitarnej;
d) prowadzeniu wśród ludności cywilnej pracy oświatowej i wychowawczej z zakresu obrony sanitarnej;
e) współdziałaniu z organami ochrony zdrowia przy przeprowadzaniu zarządzeń sanitarnych, podnoszących poziom zdrowotności, w walce z chorobami zakaźnymi, nieszczęśliwymi wypadkami przy pracy w przedsiębiorstwach, w kołchozach, sowchozach i innych instytucjach;
f) współpracy z organami ochrony zdrowia przy prowadzeniu wśród ludności pracy wyjaśniającej znaczenie przetaczania krwi, oraz werbunku krwiodawców;
g) organizowaniu pomocy dla ludności w czasie klęsk żywiołowych;
h) redagowaniu popularnych wydawnictw z zakresu oświaty sanitarnej oraz omawiających działalność Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca.

Związek Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca wchodzi w skład Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i jest członkiem Ligi Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża.

PRACA MŁODZIEŻY

Koła Młodzieżowe Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca roztaczają o p i e k ę n a d i n w a l i d a m i niezdolnymi do pracy. Młodzi chłopcy i dziewczęta odwiedzają ich w domu, interesują się ich sprawami życiowymi i pomagają im te sprawy rozwiązywać. Tak na przykład — inwalida Wielkiej Wojny Narodowej, uczestnik walk przeciw hitlerowskiemu najeźdźcy ma amputowaną nogę i posiłkuje się protezą. Ta czy inna sprężyna czy pasek protezy wysłużyły się i wymagają zastąpienia nowym. Młody aktywista czerwonokrzyski roztacza nad tą sprawą opiekę i na młodych swych nogach dociera do odpowiedniej instytucji, która reperuje lub zamienia protezę na nową.

Specjalną opieką otaczają Koła Młodzieżowe Czerwonego Krzyża inwalidów w czasie ich obłożnej choroby, organizując im pielęgnację domową. Koło młodzieżowe Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca jest również zasadniczym ogniwem pracy nad poprawą h i g i e n y s z k o l n e j.

Szkoła jest podstawowym krzewicielem kultury sanitarnej, odgrywa bowiem decydującą rolę w rozwijaniu sanitarnego uświadomienia młodzieży.

Współudział młodzieży w przeprowadzaniu zarządzeń zdrowotnych w szkole i poza nią wy-

rabia w młodzieży poczucie **więzi społecznej**. Zapewnienie w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, pielęgnacji chorych, troska o inwalidów, starców, chorych i słabych wyrabia u młodzieży **humanitaryzm socjalistyczny**.



Koleżanki z Posterunku Sanitarnego sprawdzają czystość rąk.

Ważnym narzędziem szkoły w realizacji jej zadań higieniczno-wychowawczych jest Koło Młodzieżowe Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca.

Lekarz szkolny i pielęgniarka czuwa nad higieną młodzieży, pracując w oparciu o uczniowski aktyw sanitarny tj. Koło Szkolne C. K. W młodszych klasach wychowawca wyznacza dyżurnych sanitariuszy na każdy rząd ławek i przy ich pomocy kontroluje stan higieny osobistej uczniów, przestrzeganie zasad higieny osobistej i czystości klasy. W starszych klasach Koła Czerwonego Krzyża organizują posterunki sanitarne z odpowiednio przeszkolonych uczniów. Do ich obowiązków należy piecza nad stanem sanitarnym szkoły, podwórzem, poszczególnymi piętrami, bufetem, wodą do picia i ubikacjami, wietrzeniem klas, apteczką, gabinetem higienisty szkolnego itd.



Inne obowiązki Szkolnego Posterunku.

Posterunek sanitarny pracuje w ścisłym powiązaniu z personelem higienicznym i pedagogicznym.

PRACA AKTYWU NA TERENIE SZPITALA

Czerwony Krzyż ma swoje Koła we wszystkich instytucjach Służby Zdrowia.

W szpitalach i sanatoriach czynne są Koła Czerwonokrzyskie zawiązane z pracowników tych instytucji. Koła te współdziałają z administracją zakładów w organizowaniu akcji oświatowych wśród chorych, zwłaszcza dłużej leżących, bowiem jednym z najważniejszych zadań Czerwonego Krzyża jest szerzenie oświaty sanitarnej wśród chorych.

Środkami tej akcji oświatowej są: pogadanki radiowe, filmy, książki, broszury, odczyty oraz osobista rozmowa z chorymi.

Do przeprowadzania bardziej fachowych pogadanek pozyskuje Czerwony Krzyż lekarzy i pielęgniarki.

Dla chorych dłużej leżących życie szpitala bywa szare i nudne, czują się oni czasem jakgdyby poza nawiasem życia. Większość chorych, zwłaszcza ludzie uspołecznieni i czynni znoszą źle tę izolację. Wypływający stąd zły stan psychiczny niekorzystnie odbija się na szybkim ich powrocie do zdrowia. Przerwać ich przymusową izolację, włączyć ich do życia choćby częściowo — to jednocześnie przyspieszyć proces zdrowienia. Tym łącznikiem ze światem zewnętrznym, pozaszpitalnym w Związku Radzieckim jest właśnie Czerwony Krzyż.

Zadaniem Czerwonego Krzyża jest skoncentrowanie uwagi chorego specjalnie na zagadnieniach z zakresu zdrowotności. Leży to w interesie zarówno samego chorego, jak i całego społeczeństwa.

Dla przykładu weźmy gruźlika, prowadzącego kurację w sanatorium. Pagadanka radiowa podaje mu w lekkiej gawędziarskiej formie informacje dotyczące jego choroby, uczy go, jak ma postępować, aby przyśpieszyć swój powrót do zdrowia, jak dopomóc lekarzowi w jego staraniach. Jednocześnie uczy go, jak ma postępować po wyjściu z sanatorium, aby choroba nie powróciła oraz jak ustrzec przed niebezpieczeństwem swoich najbliższych.

Pracy Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca wśród chorych mogłem przyjrzeć się w Moskiewskim Szpitalu im. Botkina — kolosie na 2.500 łóżek. Na terenie tego szpitala czynne były liczne Koła Czerwonego Krzy-

ża i Półksiężyca, otaczały one swoich podopiecznych czujną opieką, ułatwiając im kontakt z rodzinami i zastępując rodziny osobom samotnym. Dalszym ich zadaniem była akcja oświaty sanitarnej wśród chorych oraz szkolenie młodszego personelu w zakresie doraźnej pomocy w nagłych wypadkach. Podkreślam — młodszy personel, a nie niższy, albowiem w szpitalnictwie radzieckim nie istnieje personel niższy i wyższy, ale młodszy i starszy — tak jak nie istnieje chory „Numer 45", ale „Iwan Pietrowicz".

Ten drobiazg ma także znaczenie lecznicze, albowiem stwarza cieplejszy klimat psychiczny. Inaczej brzmi: „chory numer 45, proszę do rentgena", a inaczej „Iwan Pietrowicz, proszę do rentgena". Chory czuje się bardziej „u siebie w domu".

AKTYW C. K. W FABRYCE

Praca Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca w zakładach przemysłowych jest ściśle związana z działalnością przemysłowej służby zdrowia. Na terenie fabryk i kopalni czynne są Koła Czerwonego Krzyża i Półksiężyca, które ze swego grona wyłaniają wyszkolone społecznie posterunki sanitarne Czerwonego Krzyża i Półksiężyca.



Szkolenie aktywu w fabryce.

Społeczny posterunek sanitarny Czerwonego Krzyża udziela pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach. Jest on ważnym ogniwem w walce z chorobami zawodowymi, współdziała z radą zakładową w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy. Posterunki sanitarne działają pod kierownictwem organów służby zdrowia.

W radzieckiej służbie zdrowia lecznictwo i zapobieganie wkroczyło do fabryk i zjechało do szybu kopalnianego — tworząc tam pierwsze ogniwo służby zdrowia. Lekarz przemysłowej placówki leczniczej jest ogniwem, które kontaktuje chorego z dalszymi ogniwami opieki specjalistycznej. Posterunek sanitarny Czerwonego Krzyża jest jednym z najważniejszych pomocników lekarza.



Gdy kolega skaleczy palec aktywista C.K zjawia się natychmiast.

Społeczny posterunek sanitarny — to zespół ochotniczych ratowników przeszkolonych, pracowników danego zakładu przemysłowego lub mieszkańców danego bloku mieszkalnego. O zadaniach tego posterunku mówiliśmy szczegółowo w ostatnim n-rze naszego pisma.

NOCNE PÓŁSANATORIA

Na terenie fabryki czynne są m. in. tzw. półsanatoria nocne, których zadaniem jest zapobieganie takim chorobom jak: wrzód żołądka, nadciśnienie, reumatyzm, anemia, nieżyt kiszek itp., do wyżej wspomnianych sanatoriów trafiają, na zlecenie lekarzy, polikliniki przyfabrycznej, robotnicy z początkowymi objawami tych chorób. Po zakończeniu pracy udają się do położonych na terenie fabryki półsanatoriów, gdzie znajdują dietetyczny posiłek, dostosowany do swojej choroby, nocleg oraz opiekę lekarsko-pielęgniarską i wszystkie konieczne zabiegi lecznicze.

W sanatorium nocnym obowiązuje ścisły regulamin; skierowania na pobyt w sanatorium wydaje się na przeciąg jednego miesiąca lub sześciu tygodni, następnie w zależności od stanu zdrowia jest ono przedłużane.

Po przyjściu z pracy, chory bierze kąpiel, przebiera się, zgłasza do lekarza na kontrolę i zostaje poddany zabiegom leczniczym (naświetlania, diatermia, zastrzyki, masaże itd.). O ściśle wyznaczonej godzinie po dietycznej kolacji pacjenci udają się na spoczynek.

W czasie pory obiadowej wszyscy pacjenci zgłaszają się również do swego sanatorium na obiad dietetyczny, dostosowany do ich kuracji. Po obiedzie obowiązkowy wypoczynek.

Ten surowy, lecz konieczny dla zdrowia, regulamin sanatoryjny ulega po kilkunastu dniach leczenia złagodzeniu i pacjent spędza godziny wypoczynku według swego własnego uznania, bądź w czytelni klubowej, na koncercie, odczycie czy grze w szachy.

Jeżeli mimo to leczenie idzie opornie, następuje na wniosek lekarza, całkowite zwolnienie z pracy i całodobowy pobyt w sanatorium do czasu poprawy.

Sanatorium nocne, czy tak zwane półsanatorium, to olbrzymi oręż w walce o poprawę zdrowia klasy robotniczej, to najwłaściwsza forma akcji zapobiegania licznym chorobom i najskuteczniejsza metoda ich leczenia ambulatoryjnego.

Praca „fabrycznego zespołu leczniczego" polega m. in. na tym, iż lekarze specjaliści prowadzą akcje zapobiegania chorobom zawodowym oraz organizują zapobieganie wypadkom przy pracy, charakterystycznym dla danego przemysłu.

We wszystkich tych pracach placówki Czerwonego Krzyża i Półksiężyca dopomagają służbie zdrowia przyuczając załogę do używania odzieży ochronnej, okularów ochronnych i masek. Czerwony Krzyż, wraz z przemysłową służbą zdrowia, walczy o zmniejszenie częstości wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Posterunki sanitarne i drużyny ratownicze Czerwonego Krzyża w fabryce radzieckiej współpracują ściśle z przemysłową służbą zdrowia w zakresie podnoszenia kultury sanitarnej robotników i wciągają do walki o zdrowie szerokie rzesze społeczeństwa.

Posterunki sanitarne Czerwonego Krzyża są ważnym ogniwem pomocniczym sieci pogotowia Ratunkowego.

ROLA C. K. W KRWIOLECZNICTWIE

Radziecka Służba Zdrowia wielką wagę przywiązuje do rozwoju krwiolecznictwa. **Werbunkiem ochotniczych dawców krwi zajmuje się Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc.**

Dawcy rekrutują się spośród uspołecznionych obywateli — aktywnych członków Czerwonego Krzyża i Półksiężyca. Za ofiarowaną krew otrzymują oni ekwiwalent pieniężny stanowiący r ó w n o w a r t o ś ć p o ż y w i e n i a niezbędnego dla szybkiej regeneracji krwi. Ilość i częstość dawania krwi ujęta jest w ścisłe przepisy, oparte o naukowo obliczone normy kliniczne. Dawca nie ma prawa lekkomyślnie szafować swą krwią, dając ją zbyt często i narażając przez to swe zdrowie. Dawca obowiązany jest posiadać legitymację, na której odnotowane jest i ostemplowane każde pobranie krwi. Dawca znajduje się pod stałą opieką zarówno lekarską, jak i koleżeńską udzielaną przez współtowarzyszy swego koła Czerwonego Krzyża i korzysta z szeregu przywilejów.

Związek Radziecki jest państwem, które pierwsze w świecie wprowadziło państwową służbę krwiodawstwa oraz przetaczania krwi i prowadzi ją na najszerszą skalę, dysponując największą liczbą zorganizowanych przez Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc krwiodawców.

Związek Radziecki słusznie może być nazwany p i o n i e r e m k r w i o l e c z n i c t w a w świecie.

Zagadnieniem krwiodawstawa w Związku Radzieckim — kieruje Centralny Moskiewski Instytut Hematologii — Przetaczania Krwi.

Dziś jego filie i sieć punktów przetaczania krwi obsługują niestrudzenie wielki front pokojowego budownictwa socjalistycznego. Krew konserwowana dociera samochodami i samolotami do najodleglejszych zakątków Związku Radzieckiego, ratując życie ludzkie.

Szeroka działalność Radzieckiego Czerwonego Krzyża i doskonałe jej wyniki są dowodem, że organizacja ta pełni rolę potężnego ramienia społecznego Służby Zdrowia.

Jan Rutkiewicz

Moskiewskie pogotowie

INSTYTUCJĄ w pełni ilustrującą radziecką troskę o człowieka pracy jest, godne podziwu, Lekarskie Pogotowie Ratunkowe miasta Moskwy, swego rodzaju arcydzieło nowoczesnej techniki i kunsztu organizacyjnego. Niezwykle prostymi środkami osiągnięto tu maksimum operatywności, szybkości i sumienności w okazaniu skutecznej pomocy ofierze nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

Z organizacją i pracą sieci Pogotowia zaznajomił nas (uczestników wycieczki pracowników polskiej Służby Zdrowia) jego twórca i wieloletni kierownik, dr med. A. S. Puczkow, zakochany w swej instytucji, stale w niej coś usprawniający już od 28 lat.

„Nie mogę zrozumieć na czym polega magiczny urok naszej pracy — mówi tow. dr Puczkow — ciekawe, że ulega mu większość kierowników dużych stacji pogotowia. Przecież, wasz zasłużony i znany mi osobiście, dr Zawadzki, założyciel i w ciągu 30 lat kierownik Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego, pierwszego pogotowia w środkowo-wschodniej Europie, założonego w roku 1897, także był do swej instytucji fanatycznie przywiązany".

Nasz sympatyczny fanatyk poznaje nas szczegółowo z gigantycznym mechanizmem moskiewskiego pogotowia.

CENTRALNA Stacja Pogotowia Ratunkowego mieści się w śródmieściu, we własnym gmachu, w sąsiedztwie Instytutu Traumatologii im. prof. Sklifasowskiego. Naczelny lekarz Pogotowia jest zarazem wicedyrektorem Instytutu. Lekarze Instytutu, wraz z lekarzami Pogotowia, prowadzą prace naukowe w zakresie kazuistyki nagłych przypadków i opracowują najlepsze metody niesienia pomocy w nieszczęśliwych przypadkach i nagłych zachorowaniach. Całe miasto pokryte jest siecią p o d s t a c j i Pogotowia, w których liczba dochodzi do 20, i której promień zasięgu wynosi ok. 3 km dla każdej. Dzięki niewielkości promienia działania podstacji, maksymalny czas dotarcia do chorego, licząc od chwili zgłoszenia wypadku, wynosi 10 minut. Podstacje mieszczą się z reguły przy szpitalach miejskich i połączone są z centralą bezpośrednim telefonem.

Wezwanie do wypadku zgłasza się tylko do centrali, która albo sama wysyła karetkę z lekarzem i felczerami, albo też zleca to bezpośrednio telefonem, najbliższej od miejsca wypadku podstacji. Dyżurny starszy lekarz, który sam bezpośrednio kieruje pracą zespołu centrali zgłoszeń, ma przed sobą świetlny plan miasta i sygnalizacyjną tablicę świetlną, wykazującą o każdej minucie ilość karetek z lekarzami na podstacjach. Dla ułatwienia Pogotowie w Moskwie (i całym Związku Radzieckim), ma jeden i ten sam numer telefonu — 03, który można w automacie nakręcić bezpłatnie, a dzięki urządzeniom technicznym, połączenie otrzymuje się natychmiast.

O rozmiarach pracy Pogotowia świadczyć może liczba sygnałów telefonicznych centrali, których na dobę bywa do 2400. Rozwój tej instytucji ilustrują cyfry: w roku 1922 Pogotowie wyjeżdżało do chorych — 1.946 razy, w roku 1944 — 79.613 razy. Prócz tego w stałym związku z Pogotowiem pozostaje czynna całą dobę w 25 rejonach doraźna zmotoryzowana pomoc lekarska dla ludzi, którzy ulegli nagłemu zachorowaniu w swoim mieszkaniu.

W czasie szczegółowych oględzin stacji uderza nas tempo pracy i doskonałe zgranie się całego personelu. Tu nie tylko dyrektor jest fanatykiem swej pracy, przejmują się nią tu wszyscy.

WNIKAJĄC głębiej w metody i wyniki pracy Stacji widzimy, jak wszystko zbudowane jest tu na twórczej inicjatywie, poczuciu obowiązku i ofiarności całego zespołu. Stała wnikliwa obserwacja i analiza terenu pracy, wysoka technika organizacja pracy. społeczny stosunek do ludzi wzywających pomocy. Zasadnicza idea, której wszyscy tu poświęcają najwięcej uwagi, to kwestia jak maksymalnie, przy wyzyskaniu wszystkich środków technicznych, s k r ó c i ć czas wyczekiwania chorego na pomoc.

Wypracowano tu precyzyjny aparat wzajemnej kontroli, oparty na chronometrażu. Złożony system sygnalizacji świetlnej i dzwonkowej notuje sekundy i minuty, upływające od chwili zgłoszenia wypadku do wydania polecenia wyjazdu, czas samego wyjazdu karetki i jej

przybycia na miejsce wypadku. Cały ten proces uwidacznia się na świetlnej tablicy w gabinecie naczelnego lekarza, który w każdej chwili może interweniować. Specjalne urządzenia umożliwiają nam w gabinecie naczelnego lekarza słyszeć przez głośnik przebieg rozmów telefonicznych, prowadzonych w sali zgłoszeń przez pielęgniarki i lekarzy z petentami. Naczelny lekarz słyszy więc obie strony i może natychmiast interweniować. Przy przewozie nagłych zachorowań system wymiany odpowiednich kwestionariuszy między szpitalami i pogotowiem, umożliwia stałą kontrolę diagnoz lekarskich, zarówno lekarzy pogotowia, jak i poliklinik.

SPECJALNY system ankiet, rozsyłanych w jakiś czas po wypadku, do klientów pogotowia, umożliwia dyrekcji zaznajomienie się z opinią społeczną dotyczącą pracy pogotowia.

Cóż mówi ta opinia?

Pogotowie jest instytucją popularną i powszechnie lubianą.

Większość ankiet wyjętych na chybił trafił z kartoteki zawiera podziękowania za uratowanie życia.

Sami uratowani, oraz rodzice ocalonych dzieci dziękują i wyrażają uznanie dla dzielnych pracowników Pogotowia.

Jedna karta ankietowa odbiega swą treścią od szeregu poprzednich. Zacytuję ją dla lepszej charakterystki całości kontroli ankietowej. Dla mnie jest ona zabawna, kierownictwo jednak Pogotowia traktuje ją rzeczowo i poważnie. Pisze jakiś dziwak-pedant, który zatruł się i energiczny ratunek Pogotowia szybko usunął niebezpieczne następstwa zatrucia. Wyraża on oczywiście podziękowanie personelowi Pogotowia, ale jednocześnie skarży się naczelnemu lekarzowi:

„Sanitariusze przepłukali mi na polecenie lekarza żołądek, a przy zabiegu tym nakryli mnie ceratą z mego stołu, zamiast użyć do tego celu przepisowego fartucha gumowego. Skutek jest taki — skarży się ów zabawny pedant — że ilekroć siadam do stołu nakrytego ceratą natychmiast tracę apetyt“.

Skarga raczej zabawna, ale na dole ankiety widnieje uwaga naczelnego lekarza napisana czerwonym ołówkiem „Zbadać dlaczego użyli ceratę i ewentualnie udzielić napomnienia“.

Żadne uwagi pacjentów, nawet dziwaczne, nie są tu, jak widać, bezskuteczne.

JAKIEŻ to wszystko daje wyniki? Odpowiada na to pytanie statystyka: śmiertelność w ostrych wypadkach wyrostka robaczkowego, ciąży pozamacicznej, perforowanego wrzodu żołądka, zmalała wielokrotnie, jej krzywa opada stale w dół.

Pogotowie Moskiewskie to nie tylko szybka i dobra pomoc lekarska, ale zarazem energiczna inicjatywa w usprawnianiu całej służby zdrowia, nawet reformowanie innych dziedzin życia miasta.

Wedle słów pierwszego ministra Zdrowia Związku Radzieckiego, tow. dr Siemaszko — Pogotowie Moskiewskie to „l u p a“ Moskwy. Przez tę lupę dostrzegalne stają się liczne niedociągnięcia różnych dziedzin służby zdrowia. Z inicjatywy Pogotowia przeprowadzono reformę otwartej pomocy lekarskiej, wprowadzając niedzielne dyżury lekarskie w poliklinikach, całodzienne dyżury dla nagłych zachorowań w 25 rejonach oraz dyżury całodobowe konsultantów pediatrycznych i psychiatrycznych.

Obserwacje Pogotowia służą przy planowaniu akcji zapobiegania wypadkom. Tak np. pewien typ wypadków samochodowych staje się dla Pogotowia bodźcem do wystąpienia o zreformowanie ruchu kołowego; wypadnięcie dziecka z niestrzeżonego okna daje ruchliwemu doktorowi Puczkowowi asumpt do wystąpienia o wprowadzenie obowiązkowych barier w oknach górnych pięter; smutne następstwa czepiania się przez chłopców autobusu, prowadzą do skasowania tylnych buforów autobusowych. Gdy pogotowie zasygnalizowało niepokojąco częste wypadki przypadkowych otruć sodą kaustyczną, dr Puczkow osiąga wprowadzenie przepisu o obowiązku sprzedaży sody kaustycznej jedynie w standartowych butelkach graniastego kształtu, ze specjalnymi znakami. Statystyka potwierdza natychmiast słuszność jego tezy — liczba otruć spada pięciokrotnie.

Przykłady takie możnaby mnożyć w nieskończoność. „Naszą ambicją“ — mówi dr Puczkow — jest nie tylko okazanie dobrej pomocy lekarskiej ofiarom nagłych wypadków, ale w równej mierze zapobieżenie ich powtórzeniu się“.

Tak pracuje, otoczone miłością swego miasta, Pogotowie Moskwy.

Dr Jan Rutkiewicz

Wielkie przemiany

1917 — 1951

ABY zrozumieć wielkość przemian dokonanych w dziedzinie służby zdrowia w ZSRR, należy, przynajmniej w ogólnych zarysach, przedstawić stan zdrowotności narodów ZSRR przed Rewolucją Październikową.

Poniżej podana tabela nie obejmuje wszystkich zagadnień, charakteryzuje jednak dostatecznie różnicę przed i po Rewolucji.

	dane (w przybliżeniu) 1913	1950
Szpitale — łóżek	142.300	985.300
Ambulatoria, polikliniki	1.230	15.000
Żłobki stałe (miejsc)	500	1.251.000
Żłobki sezonowe (miejsc)	10.600	4.677.000
Pomoc położnicza (łóżka)	6.824	141.000
Kadry lekarskie	19.800	230.000
Lekarze dentyści	6.300	20.000
Średnie kadry medyczne	47.300	600.000
Budżet służby zdrowia (mil.)	1.476	25.000

Cyfry jednak nie zawsze dają plastyczny obraz stanu faktycznego, dobitny obraz tego stanu daje nam natomiast sprawozdanie znanego lekarza sanitarnego, Lewickiego, który wraz z powołaną komisją zbadał szczegółowo jeden z powiatów w byłej carskiej Rosji.

„W 1902 r. ten upośledzony powiat — pisze dr Lewicki — którego cała ludność zajmowała się produkcją kapeluszy, został szczegółowo zbadany pod względem klimatycznym i sanitarnym przez specjalną Komisję. W skład Komisji weszli: W. A. Lewicki, miejscowy lekarz obwodowy, P. M. Michajłow oraz robotnik branży kapeluszniczej, P. P. Kokowkin.

Badanie ujawniło zły stan zdrowia na tle masowego przewlekłego zatrucia rtęcią. Badanie stwierdziło zapalenie jamy ustnej pochodzenia rtęciowego u 96,26% badanych, schorzenia układu nerwowego na tle zatrucia rtęcią u 71,69% badanych, miażdżycę tętnic u 39,91% osób badanych w wieku 20—40 lat. U czterech badanych wykryto charakterystyczne dla zatruć rtęcią zaburzenia psychiczne itp. Pod względem wzrostu i wielkości obwodu klatki piersiowej — robotnicy branży kapeluszniczej znaleźli się na ostatnim miejscu wśród chłopów i rzemieślników różnych specjalności, a ilość zgonów przewyższała liczbę urodzeń." Ten katastrofalny stan zdrowotności w badanym powiecie nie był przypadkowy.

GŁOSY PRAWDY

To, czego nie podawała oficjalna statystyka — ujawniało się w nielegalnych wystąpieniach robotników i postępowej inteligencji.

„Nie było żadnej ochrony pracy, co doprowadzało do masowych kalectw i śmierci robotników. Nie było ubezpieczenia robotników, a pomocy lekarskiej udzielano tylko za opłatą. Niezmiernie ciężkie były warunki mieszkaniowe: w maleńkich komórkach koszarów robotniczych mieszkało po 10 — 12 robotników": (Historia WKP(b) krótki kurs, str. 8).

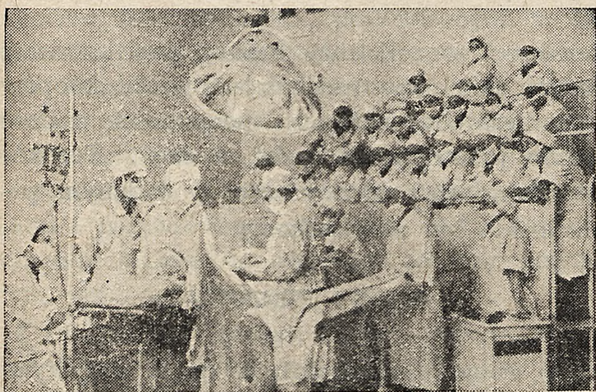
Robotnicy nie godząc się ze swoim ciężkim położeniem organizowali strajki. Pierwsze strajki w Rosji carskiej wysuwały żądania poprawy warunków higieny pracy i zorganizowania bezpłatnej pomocy lekarskiej, a nielegalne odezwy zawierały opisy stanu zdrowotnego klasy robotniczej, wysuwając żądania poprawy tego stanu. Dla przykładu cytujemy fragmenty jednej z tych odezw, zatytułowanej: „Czy żyjemy długo?"

„Wiadomo, że w całej Rosji maszyny kaleczą w ciągu roku 56 tysięcy ludzi, a praca fabryczna, powoli lecz bezwzględnie, wyniszcza robotnika, przez co choruje on częściej i umiera wcześniej niż ludzie z innych klas.

Czy wiele robotników dożyje starości, czy wielu starców pracuje wśród nas? Wiadomo, że w fabrykach gubernii moskiewskiej spośród 100 tkaczy tylko 6 było w wieku powyżej 40 lat, a powyżej 60 nie było ani jednego. Spośród innych robotników 20 było w wieku powyżej 40 lat, a 2 powyżej 60 lat. Dokąd więc udają się robotnicy mający powyżej 40 lat? Na cmentarz, lub do rodzinnych miejsc żeby tam umrzeć...... Wystarczy spojrzeć na tkaczy:

wszyscy z zapadniętą piersią, o ziemistej cerze, chudzi, często chorzy na gruźlicę .... Robotnicy rosyjscy zbudźcie się!“

Te cytaty ilustrują stan zdrowotny ludności Rosji bodajże dokładniej niż suche cyfry.



Kurs doszkalania chirurgów w Centr. Inst. Chirurgii Akademii Nauk ZSRR.

Zjawiały się coprawda, pewne sporadyczne próby organizacji służby zdrowia na terenach carskiej Rosji. Powstały tzw. „ziemstwa“, które między innymi posiadały i medycynę ziemską. Pomoc ta obejmowała jednak tylko 40 gubernii na 90 istniejących, była płatna i w żadnym wypadku nie można było określić jej jako dostatecznej. Mniej lub lepiej rozwinięta organizacja sanitarna istniała tylko w 12 guberniach. Szpitale miejskie spotykało się tylko w niektórych większych miastach, zaś miejska organizacja sanitarna była bardzo nikła i słaba. Lekarze sanitarni należeli do wyjątków i napotykali w swej pracy na duże trudności, które doskonale charakteryzuje jeden z nich pisząc:

„Najenergiczniejszego i najwytrwalszego lekarza sanitarnego opuszcza w końcu energia... stopniowo przestaje reagować na te skandale, które początkowo tak silnie go oburzały. Poza tym, nad lekarzem sanitarnym wisi zawsze jak miecz Damoklesa, świadomość, że zbytnia gorliwość w sprawie uzdrowotnienia mieszkań może wywołać niezadowolenie Komisji Sanitarnej, reprezentującej wyłącznie klasę właścicieli domów. Każdy lekarz sanitarny szybko dochodził do przekonania, że w istniejących warunkach wszelka energiczna walka w tym kierunku jest równoznaczna walce Don Kiszota z wiatrakami“.

Na kresach imperium rosyjskiego było oczywiście jeszcze gorzej. Apel narodu jakutskiego do M. I. Kalinina zawiera następującą charakterystykę sytuacji zdrowotnej:

„...w naszych jurtach panowała okropna nędza, ludzie mieszkali razem z bydłem. Straszne choroby, towarzysze rosyjskiego caratu — kiła, gruźlica, jaglica — kosiły naród. Car i cerkiew, kupiec i wódka skuwały nas żelaznymi kleszczami“.

Na ogromnych połaciach północnej Syberii nie było ani jednego lekarza, w Azji Środkowej istniała służba zdrowia jedynie dla urzędników rosyjskich, a ludność tybulcza była zupełnie pozbawiona pomocy lekarskiej.

Taki stan zastała Rewolucja Październikowa.

WAŻNYM STAJE SIĘ CZŁOWIEK

Smutne tradycje odziedziczone po carskiej Rosji, dały się dotkliwie odczuć przy organizacji służby zdrowia w Związku Radzieckim.

Jednym z pierwszych dekretów władzy radzieckiej było postanowienie o wprowadzeniu **ubezpieczenia społecznego i ochrony pracy.**

W grudniu 1917 r. rząd radziecki powziął uchwałę o podjęciu szerokiej akcji **opieki nad matką i dzieckiem.** W tymże roku zostają utworzone przy Ministerstwie Zdrowia oraz przy Głównym Zarządzie Wojskowo-Sanitarnym — Kolegia Lekarskie, których zadaniem jest opieka nad zdrowiem ludności. W styczniu 1918 r. tworzy się Rada Kolegiów Lekarskich, które są zalążkiem powołanego w lipcu 1918 r. pierwszego Ludowego Komisariatu Ochrony Zdrowia. Powołany przez Lenina Kom. Ochrony Zdrowia podjął uchwały zatwierdzone przez Rosyjską Komunistyczną Partię:

„Za podstawę działalności w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego, R. K. P. uważa podjęcie szerokiej akcji sanitarnej i lekarskiej,



Dużo uwagi poświęca się w ZSRR stałemu doszkalaniu całego personelu szpitalnego.

mającej na celu **zapobieganie** szerzeniu się chorób, walkę z chorobami społecznymi oraz zapewnienie powszechnej, bezpłatnej, wykwalifikowanej pomocy lekarskiej i zaopatrzenia w lekarstwa".

Zgodnie z tymi postulatami, N. A. Siemaszko postawił następujące tezy, uchwalone później przez pierwszy Wszechrosyjski Zjazd Ochrony Zdrowia:

1. **bezpłatność, dostępność i wysoki poziom pomocy lekarskiej,**
2. **jednolitość organizacji medycyny radzieckiej,**
3. **klasowy charakter radzieckiej służby zdrowia,**
4. **aktywny współudział mas pracujących w rozwoju ochrony zdrowia.**

W 1922 r. utworzono pierwsze katedry higieny społecznej w Związku Radzieckim. Do roku 1928 cały wysiłek organizatorów służby zdrowia szedł w kierunku stworzenia sieci placówek służby zdrowia — szpitali i ośrodków, stworzenie podstaw do walki o stan sanitarny ludności. Osiągnięto dużo, opanowano szalejące po wojnie epidemie: tyfusu plamistego i brzusznego, dżumy, cholery, chorób wenerycznych, malarii itp. Utworzono gęstą, rozsianą po całym kraju, sieć placówek leczniczych. Lekarz, felczer, pielęgniarka i położna dotarli tam, gdzie dotychczas nie wiedziano o istnieniu takich pojęć i osób.

POLITYKA KLASOWA

Nowa socjalistyczna gospodarka nie stawiała sobie za zadanie o d b u d o w y, zniszczonych przez wojnę połaci kraju, urządzeń socjalnych czy kulturalnych, lecz zasadnicze ich zbudowanie. Z powierzchownego bodaj porównania przytoczonych na wstępie liczb wynika, że państwo socjalistyczne osiągnęło nie tylko stan przedwojenny, który nie mógł być celem (1913 r. — 19.800 lekarzy na 150 milionów ludności — 1917 r. 13.000 lekarzy, 1950 r. — 200.000 lekarzy), ale stworzyło r a c j o n a l n e p o d s t a w y opieki nad zdrowiem ludności, **otoczyło wyjątkowo staranną opieką tę grupę ludności, która budowała i przebudowywała ustrój tj. warunki ekonomiczne i polityczne państwa.**

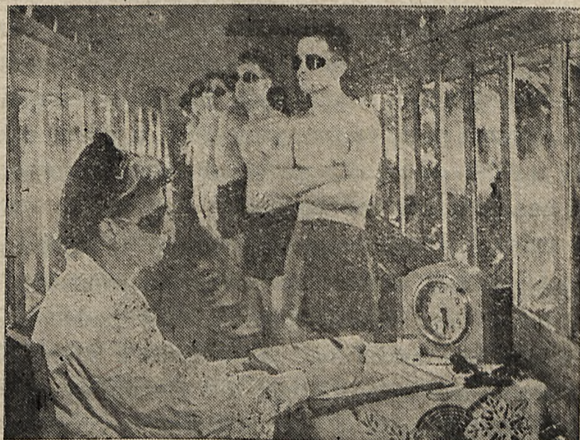
Oceniając sytuację na odcinku zdrowia w 1928 r., Centralny Komitet WKP(b) podkreślił dotychczasowe osiągnięcia wskazując jednocześnie na nową sytuację, w której znajduje się kraj i na konieczność realizacji **klasowej polityki** w służbie zdrowia.

Uchwała CK WKP(b) oznacza zwrot w organizacji służby zdrowia. Przewodniczący Prezydium Rady wypowiedział wtedy w sposób dobitny opinię całego aparatu partyjnego i państwowego:

„...gdy zapewniamy robotnikowi cały szereg ulg i przywilejów w dziedzinie zdrowotnej, czynimy to nie tylko dlatego, że jest on hegemonem, ale również dlatego, że jest on n a j n i e z b ę d n i e j s z y m w naszym społeczeństwie. A zatem interesy samozachowania i rozwoju społeczeństwa zmuszają nas stanowczo do zwrócenia najbaczniejszej uwagi właśnie na klasę robotniczą".

MEDYCYNA WKRACZA DO FABRYK

Służba zdrowia stała się częścią Narodowego Planu Gospodarczego, odcinkiem szerokiej ofensywy — socjalistycznej przebudowy kraju. Stworzono właściwą **medycynę przemysłową.** W zakres obowiązków lekarza zakładowego, prócz zagadnień higieny pracy i badań nowowstępujących, wchodzi także lecznictwo. W dużych zakładach pracuje cały sztab lekarzy i lekarzy-specjalistów oraz pielęgniarek, którzy przy pomocy laboratoriów, Rtg i innych urządzeń diagnostycznych i leczniczych, potrafią szybko postawić rozpoznanie i intensywnie zająć się leczeniem robotnika. Tak np. w fabryce „Trechgornaja Manufaktura" pracuje 60 osób personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskie-



Ambulatorium przy kopalni „Krasnaja Zwiezda". Naświetlanie kwarcówką w celach profilaktycznych.

go, w tym 22 lekarzy. W każdym oddziale (cech) znajduje się filia polikliniki, zwana punktem ochrony zdrowia. Poliklinika zajmuje się leczeniem, profilaktyką i szerzeniem oświaty sanitarnej, a chorzy są przyjmowani według wszystkich specjalności. Niezależnie od stałego personelu, fabryka posiada jako konsultantów profesora i docenta. Przy fabryce znajduje się tzw. profilaktorium (sanatorium dzienne), w którym robotnik, nie przerywając pracy, może przebywać pod stałym nadzorem lekarskim w wypadku chronicznych chorób nie wymagających hospitalizacji.

OPIEKA DOCIERA WSZĘDZIE

Ogromny rozkwit radzieckiej służby zdrowia zaznaczył się jednak nie tylko na odcinku fabrycznym. Dzięki licznie napływającym nowym kadrom pracowników służby zdrowia dokonano przewrotu i na odcinku wiejskim. Na podstawowej wiejskiej jednostce organizacyjnej stawia się już nie jednego lekarza, ale 6 — 7 specjalistów.

Państwo radzieckie otoczyło największą i najtroskliwszą opieką matkę i dziecko. Kobieta, która w Związku Radzieckim ma rzeczywiście równe prawa z mężczyzną we wszystkich dziedzinach życia społecznego i kulturalnego, ma możność w swojej ojczyźnie w pełni je wykorzystać. Ułatwia jej to szeroka sieć żłobków, przedszkoli i szpitali dziecinnych. Matka, zależnie od miejsca zamieszkania, może umieścić dziecko w żłobku dzielnicowym lub fabrycznym, dziennym lub tygodniowym.

Jeszcze w r. 1930 na XVI Zjeździe Partii Stalin przytoczył dane o poprawie stanu sanitarnego ludności:

„... Nic dziwnego, że robotnikom i chłopom powodzi się u nas nieźle, że śmiertelność wśród ogółu ludności zmniejszyła się w porównaniu z okresem przedwojennym o 36%, a wśród dzieci o 42%, a roczny przyrost ludności wynosi u nas ponad 3 miliony osób."

Rozwój sieci ambulatoryjnej i szpitalnej osiągnął tak wielkie rozmiary, że możnaby ją określić jako zadowalającą. Żadne państwo na świecie nie może tego powiedzieć o sobie. Nie tylko w centralnej Rosji, ale nie mniej rozwinęły się placówki w poszczególnych republikach narodowych: średni przyrost łóżek w Związku Radzieckim wynosi około 600%, natomiast w Kirgiskiej SRR — 6700%, w Kazachskiej — 3300%, w Azerbejdżańskiej — 2800% itd.

JAKOŚĆ NA PIERWSZY PLAN

Ale nie tylko ilościowo zaznacza się ogromna poprawa. Nauka radziecka pracuje w warunkach, które umożliwiają jej niespotykany dotychczas rozwój. Szczególne zainteresowanie WKP(b), osobiste zainteresowanie Lenina i Stalina np. specjalnie gorące zainteresowanie pracami Pawłowa, Miczurina, Lepieszyńskiej, Bosziana —stworzyły w historii nauki rosyjskiej nową epokę. Stworzono nauce nie tylko warunki materialne, budynki, lokale, wyposażenie, ale ważniejsze — otoczono ją niebywałym szacunkiem. Nauka radziecka walczy nieustannie z szablonem i poszukuje nowych metod, nowych środków leczniczych i diagnostycznych. Trudno ustalić ścisłą granicę między nauką radziecką a praktyką. Uczeni radzieccy, zajmujący się, zdawałoby się najbardziej abstrakcyjnymi problemami, pracują jako konsultanci w fabrykach — jak w wyżej podanym przykładzie — lub przy łóżku chorego.

Największą troską Związku Radzieckiego już nie jest ilość, lekarz, felczer i pielęgniarka docierają dziś już bowiem do najdalszych zakątków, ale jakość obsługi leczniczej.

W 1948 r. Prezydium Rządu ZSRR przyjęło uchwałę o zespoleniu zamkniętego i otwartego lecznictwa. Wprowadzając **zespolenie,** uchwała miała przede wszystkim na celu podniesienie poziomu otwartego lecznictwa, jednoczesna bowiem praca w szpitalu i poliklinice zapewnia lekarzowi harmonijny rozwój i znacznie wyższy poziom jego pracy. Instrukcja, obowiązująca lekarzy służby zdrowia ZSRR, przewiduje, że pacjent musi być zbadany przez lekarza w dniu przyjęcia do szpitala, stan obecny musi być opisany w ciągu 24 godzin, wszystkie zaś badania rozpoznawcze dokonane w ciągu 3 dni od przybycia chorego.

W ten sposób, radziecka służba zdrowia, opierając się na nowoczesnych badaniach, naukowych, stworzyła niespotykaną nigdzie na świecie ochronę zdrowia ludności. W obecnym okresie budowy komunizmu zmierza ona do realizacji wielkiego zadania: **przedłużenia życia ludzkiego, zmniejszenia zachorowalności i zwiększenia fizycznej wytrzymałości człowieka.**

W. J.

Prof. dr J. CHLEBOWSKI

Żółtaczka epidemiczna

(Ostre miąższowe zapalenie wątroby)

SCHORZENIE, dawniej znane pod nazwą żółtaczki nieżytowej (icterus catarrhalis), teraz już prawie nie ulega wątpliwości, że jest chorobą zakaźną, spowodowaną przez zarazek przesączalny, tzw. wirus. Przypuszczenie o zakaźnym charakterze tego cierpienia jeszcze w XIX w. wypowiedział wielki klinicysta rosyjski, S. P. Botkin, i dlatego w Związku Radzieckim często używa się nazwy „choroba Botkina", my zaś przeważnie nazywamy chorobę tę ostrym lub epidemicznym miąższowym zapaleniem wątroby, (hepatitis parenchymatosa acuta s. epidemica) albo żółtaczką epidemiczną (icterus epidemicus) lub miąższową.

Dowodów na to, że przyczyną choroby jest zakażenie wirusowe dostarczyli dopiero stosunkowo niedawno badacze, którzy wprowadzali do ustroju zgłaszających się ochotniczo, wydaliny i wydzieliny chorych przepuszczone przez odpowiednie sączki i w ten sposób, po kilku tygodniach, wywoływali zakażenie tych osobników.

W naturze zakażenie odbywa się prawdopodobnie najczęściej w ten sposób, że zarazki z zanieczyszczonych produktów spożywczych dostają się do przewodu pokarmowego człowieka zdrowego. Nie jest jednak wykluczone również zakażenie kropelkowe, co szczególnie utrudnia zapobieganie chorobie. To też od czasu do czasu wybuchają epidemie żółtaczki miąższowej, które nieraz przybierają charakter masowy. Szczególnie duża liczba zachorowań występuje w okresach klęsk społecznych, jakimi są wojny. Stwierdzono to już w czasie wojen Napoleona i stąd czasami mówi się o „żółtaczce wojennej". Należy przypuszczać, że do takiego rozpowszechnienia choroby w okresie wojny przyczynia się z jednej strony wędrówka ludności, która przenosi zarazki z jednej okolicy do innej, z drugiej zaś — niedobory wyżywienia i trudy wojenne, które osłabiają ludzi na te zarazki.

Najczęściej na żółtaczkę epidemiczną chorują dzieci w wieku szkolnym oraz młodzież w wieku poborowym, tj. właśnie wtedy, kiedy spotyka się z sobą wiele ludzi z różnych miejscowości, co jest jeszcze jednym dowodem na zakaźny charakter cierpienia. Choroba ta pozostawia trwałą odporność i wyjątkowo tylko występuje powtórnie. Ponieważ jednak nie wszyscy przebywają tę chorobę w młodym wieku, wcale nierzadko spotykamy chorych w sile wieku, a nawet czasem i ludzi starszych.

Źródłem zakażenia jest zawsze chory człowiek, ale zarazek może się znajdować w zanieczyszczonych wydalinami produktach spożywczych oraz w wodzie.

PRZEBIEG KLINICZNY

Choroba zaczyna się przeważnie od niewyraźnego niedomagania, czasami od objawów nieżytu górnych dróg oddechowych i gardła. Podczas niektórych epidemii dość powszechnym zjawiskiem w początkowym okresie są przejściowe bóle i obrzęki stawów. Dość często już od początku występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w postaci braku łaknienia, mdłości, wymiotów, biegunki itp., czasem objawy zjawiają się w kilka dni później, nieraz wreszcie skarg tego rodzaju chorzy nie podają wcale.

W kilka dni po tych objawach zwiastunowych, a czasem i bez nich, w związku z upośledzeniem wydalania żółci, żółć z komórek wątroby dostaje się do krwi, występuje zażółcenie białkówek oczu, a następnie i powłok ciała, które stopniowo przybiera na intensywności. Niejednokrotnie chory sam wcale nie spostrzega początkowych zmian w zabarwieniu białkówek czy skóry i dopiero koledzy w pracy lub rodzina zwracają mu na to uwagę. Częściej już chory spostrzega ciemniejsze zabarwienie moczu, który przybiera kolor „ciemnego piwa" oraz większe czy mniejsze odbarwienie wypróżnień. W czasie największego nasilenia choroby

skóra może być zabarwiona intensywnie żółto, przeważnie z odcieniem złocistym lub lekko pomarańczowym. Zdarzają się jednak — i to prawdopodobnie wcale często — przypadki, kiedy choroba przebiega nawet w ogóle bez najmniejszej żółtaczki (tzw. *hepatitis sine ictero)*. Przebycie takiego bezżółtaczkowego zapalenia wątroby również pozostawia po sobie trwałą odporność. Oczywiście, rozpoznanie przypadków bezżółtaczkowych jest ogromnie utrudnione i możliwe właściwie jedynie w okresie epidemii, kiedy inne objawy, towarzyszące temu cierpieniu, wzbudzą podejrzenie.

Prawie zawsze u chorych daje się stwierdzić wyraźne, czasem dość znaczne powiększenie wątroby i bolesność w jej okolicy. Wątroba w niepowikłanych przypadkach pozostaje miękka. U 15—25% chorych można też wyczuć powiększenie śledziony. Opadanie krwinek czerwonych nie ulega przyspieszeniu. We krwi, po bardzo krótkotrwałym zwiększeniu liczby białych krwinek, można wykryć ich zmniejszenie.

W części przypadków w związku z żółtaczką zjawia się mniej lub więcej silne swędzenie skóry. Ciepłota ciała, która w pierwszych dniach choroby podnosi się do stanów podgorączkowych, wyjątkowo zaś — do 38,5—39°C, opada do normy i tylko czasami wykazuje lekkie wahania około 37°C. Tętno chorego jest normalne, względnie nieco zwolnione.

W zwykłych warunkach choroba trwa 3—6 tygodni (w poronnych przypadkach krócej); stopniowo wszystkie objawy ulegają złagodzeniu i żółtaczkowe zabarwienie powłok zaczyna powoli ustępować, przy czym najdłużej utrzymuje się tam, gdzie najwcześniej się ukazało, tj. na białkówkach oczu oraz na podniebieniu. Stolce i mocz przybierają stopniowo normalne zabarwienie. Powiększenie wątroby utrzymuje się nieraz jeszcze kilka tygodni, a nawet kilka miesięcy.

Czasami jednak choroba utrzymuje się 8—10 tygodni, a nawet dłużej. Zdarzają się także przypadki nawrotów, pozornie po całkowitym już powrocie do zdrowia, nawet po paru miesiącach. Na ogół jednak cierpienie nie należy do groźnych i zejście śmiertelne stanowi wyjątek (mniej niż 1‰. W tych rzadkich wypadkach następuje gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego, podwyższenie ciepłoty do około 39°, przyspieszenie tętna, narastanie żółtaczki, a jednocześnie szybkie zmniejszanie się rozmiarów wątroby wskutek jej tzw. ostrego żółtego zaniku *(atrophia flava hepatis ac)*. Chory zapada w stan śpiączki i szybko ginie. Przypadki takie spotyka się szczególnie u kobiet ciężarnych, które zapadły na żółtaczkę miąższową.

Według nowszych badań, zwłaszcza autorów radzieckich, np. T a r i e j e w a, po przebyciu ostrego zapalenia miąższowego wątroby nieraz rozwija się marskość wątroby, będąca właściwie dalszym okresem rozwoju przewlekłego miąższowego jej zapalenia. Takie postawienie sprawy rzuca nowe światło na rolę tego, zdawałoby się „niewinnego" cierpienia, za jakie uważamy żółtaczkę epidemiczną, gdyż leczenie marskości jest ogromnie kłopotliwe, a do niedawna uchodziło nawet za bezskuteczne.

LECZENIE

Podstawą leczenia jest prawidłowe, pełnowartościowe odżywianie, zapobiegające jeszcze większemu osłabieniu tych chorych, którzy i tak mają skłonność do wychudzenia, gdyż wątroba, jeden z najważniejszych gruczołów biorących udział w trawieniu, wykazuje znaczne upośledzenie czynności. Poza początkowym okresem cierpienia, kiedy objawy dyspeptyczne zmuszają nas do ograniczenia pożywienia prawie wyłącznie do najłatwiej strawnych węglowodanów, w postaci np. słodkiej herbaty, soków owocowych, kompotów, itp. — dajemy choremu później obok różnych węglowodanów, przede wszystkim duże ilości białka, np. gotowanego chudego mięsa i ryby, zbieranego mleka, białka jaj, a zwłaszcza twarogu, który zawiera dużo metioniny, o której wiemy, iż broni komórek wątroby przed szkodliwościami. Zakazujemy spożywania wędlin, konserw i alkoholu. Unikamy także większych ilości tłuszczu, żeby nie utrudniać pracy chorej wątroby. Szczególnie musimy wyłączyć z jadłospisu tłuszcze ciężkostrawne, zdenaturowane przez gotowanie, a zwłaszcza — przez smażenie. Pozostawiamy jedynie niewielkie ilości świeżego masła, które dodajemy do gotowej już potrawy bezpośrednio przed spożyciem.

Należy dbać o dostateczny dowóz witamin, w szczególności zaś witaminy C oraz zespołu witamin B. Dlatego wskazane jest spożywanie większej ilości jarzyn i owoców oraz chudego rosołu mięsnego. Powinniśmy jednak unikać grubych jarzyn w rodzaju kapusty, ogórków, jarzyn strączkowych, które poza tym powodują podrażnienie przewodu pokarmowego i wzdę-

cia. Z tego samego powodu nie zalecamy razowego i świeżego pieczywa, lepiej podawać czerstwe bułki.

Dobrze wpływają rozgrzewające okłady, a także grzałki na okolicę wątroby. W dłużej trwających przypadkach z powodzeniem stosujemy diatermię na tę okolicę i — rzadziej — zgłębnikowanie dwunastnicy, parę razy tygodniowo, połączone z wlewaniem do niej ciepłego roztworu siarczanu magnezu.

Nie przywiązujemy dużej wagi do lekarstw. W szczególności nie widzieliśmy przekonywujących wyników z podawania glukozy oraz wstrzykiwania insuliny, które przez dłuższy czas były bardzo modne. Ograniczamy się przeważnie do podawania, najwyżej parę razy dziennie, niewielkich dawek środka dezynfekującego, np. urotropiny po 0,3—0,5 na dawkę, oraz — zwłaszcza przy skłonności do zaparcia — małych dawek, np. łyżeczki herbacianej siarczanu magnezu albo soli karlsbadzkiej na czczo. W ciężkich przypadkach stosujemy wstrzykiwanie wyciągów wątrobowych, ewentualnie także — wyciągów z kory nadnerczy. W tych przypadkach, kiedy choremu bardzo dokucza swędzenie skóry, można polecić ciepłe kąpiele, nacieranie 1—2% spirytusem mentolowym oraz wstrzykiwania 25—50 mg kw. nikotynowego.

Nawet w przypadkach, kiedy samopoczucie chorego jest niezłe, zalecamy mu przerwać pracę, zwłaszcza fizyczną, i nakazujemy pozostawanie w łóżku. Bardzo trudno określić, kiedy choremu wolno wrócić do pracy, gdyż ustąpienie żółtaczki niezawsze idzie w parze z powrotem czynności wątroby i jej rozmiarów do normy. Kierujemy się tu zarówno charakterem pozostałych i dających się jeszcze stwierdzić zmian, jak i rodzajem wykonywanej przez chorego pracy.

Dla zapobiegania rozpowszechnieniu choroby poleca się zalewać wydaliny chorego na 2 godziny 2% roztworem chloraminy, dokładnie wyjaławiać strzykawki i igły, gotując je nie krócej niż 10 minut, oraz utrzymywać w czystości ręce.

J. Chlebowski

Mgr MARIA MORZKOWSKA

Dieta w chorobach wątroby

W ciągu wielu lat różne diety w chorobach wątroby opierały się głównie na łatwostrawnych pokarmach, przyrządzanych z dwóch grup: 1. produkty zboża, 2. warzywa i owoce.

Obecnie, zamiast diet jarskich wprowadzamy specjalny sposób przyrządzania potraw z różnorodnych artykułów spożywczych z większą ilością pełnowartościowego białka, którego dawniej zupełnie nie doceniano. Doniosłe znaczenie ilości i jakości białka dla diet wątrobowych potwierdziło przekonywująco wiele doświadczeń klinicznych. Oto najważniejsze wnioski z tych doświadczeń:

1) wysoki poziom glikogenu w komórkach wątroby przy dużej zawartości tłuszczu i białka w diecie nie chroni wątroby przed uszkodzeniem, podczas gdy dodatek białka w odpowiedniej ilości i jakości ochraniał wątrobę;

2) nawet przy normalnej ilości łatwostrawnego tłuszczu (około 100 g) dieta odpowiednio zestawiona pod względem zawartości białka może zapobiec toksycznym wpływom np. chloloformu, alkoholu itd.

3) białko ma nie tylko znaczenie ochronne dla wątroby, ale jest niezbędne ze względu na własności lipotropowe, które zapobiegają zwyrodnieniu tłuszczowemu. Około 50% białka podajemy w formie mięsa lub sera.

Oszczędzić pracy wątrobie możemy również przez wprowadzenie odpowiedniej ilości i jakości węglowodanów, a także przez stosowanie dożylnie glukozy. Odkładanie się glikogenu w wątrobie ochrania ją przed wieloma zmianami patologicznymi (zwierzęta po usunięciu wątroby żyją znacznie dłużej, o ile podaje im się glukozę). Dla maksymalnej ochrony wątroby trzeba

dostarczać w diecie około 350—450 g, a nawet więcej węglowodanów, a równolegle zwiększać białko od 100—150 g, niekiedy nawet do 200 g (najbardziej pożądane źródła białka to ser. dopiero na drugim planie — mięso i jaja).

DIETA PRZY MARSKOŚCI WĄTROBY

Przy obecnym stanie wiedzy odpowiednia dieta może zahamować rozwój choroby. Oto ogólne zasady dietetyczne:

1) zwiększenie białka (bez mięsa) do 100—150 g dziennie,
2) zwiększenie węglowodanów do 500 g dziennie,
3) zmniejszenie tłuszczu do 30—50 g,
4) zwiększenie różnorodnych witamin,
5) ograniczenie płynów.

POKARMY ZABRONIONE

Zupy mięsne, tłuste, zawiesiste ze śmietaną, mięsa wszelkiego rodzaju, jak również sosy mięsne, mleko tłuste, większe ilości masła i śmietany, jak również tłuste sery, świeże białe bułki, pączki, tłuste desery z dużą ilością jaj i śmietany, napoje: alkohol, mocna kawa, herbata.

POKARMY DOZWOLONE

Zupy na chudym mleku, lub smaku jarzynowym, zawsze w bardzo ograniczonej ilości.

Mięso i ryby dozwolone w bardzo małych ilościach lecz jedynie przy wyraźnej poprawie stanu chorego.

Jaja — 1 sztuka dziennie, poza tym do przyrządzania potraw dozwolone jest białko jaja w ilości do 2 sztuk dziennie.

Mleko i przetwory mleczne: mleko zbierane i chudy ser, może być nawet zwykły twaróg, choćby kwaskowy, byle świeży i użyty do potraw takich, jak pierogi ruskie, kluseczki i budyń z sera.

Warzywa: wszystkie są dozwolone, zaś wskazane — warzywa z grupy obfitującej w białko i skrobię, jak groch, fasola, ziemniaki.

Sałaty: wszelkie surówki rozdrobnione, półsurówki z jarzyn i owoców oraz sałatki z jarzyn gotowanych.

Produkty zbożowe: wszelkie kasze i chleb z pełnego przemiału.

Owoce: wszystkie świeże i suszone.

Desery: łatwostrawne z małą ilością tłuszczu, pożądane galaretki, dżemy, miód itp.

DIETA PRZY ZAPALENIU WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO

Ogólne zasady: 1. przy małej aktywności woreczka żółciowego lub chronicznym zapaleniu wskazana jest dieta pobudzająca. Zawiera ona tłuszczu około 100 g (głównie w formie oliwy, śmietanki i tłustego mleka), białka około 80 g dziennie. Ilość kalorii z węglowodanów powinna stanowić około 50—55% ogólnej ilości kalorii, ta zaś zależy od trybu życia pacjenta.

2. przy dużej aktywności woreczka żółciowego, gdy wskazane jest doprowadzenie woreczka do zupełnego lub częściowego wypoczynku, dieta zawierać musi około 30, względnie 60 g tłuszczu (np. w mleku, twarogu, mięsie, dodatkowo do pieczywa podajemy 2 dkg świeżego masła).

W stanach ostrych poleca się pić jedną szklankę wody destylowanej na godzinę przed posiłkiem. Woda destylowana (hipotoniczna) rozrzedza żółć, która dzięki temu obficiej spływa do przewodu pokarmowego. Wskazane są częste i skąpe posiłki, co prowadzi do zwiększonego wydzielania żółci. W stanach chronicznych podajemy pokarmy łatwostrawne bez potraw smażonych i zbyt tłustych. Usuwamy potrawy wzdymające — strączkowe, kapustę gotowaną, kalafior, rzodkiewki, cebulę w większych ilościach itp.

PRZYKŁAD JADŁOSPISU

Śniadanie: bawarka lub lekka herbata z mlekiem, czerstwa bułka, chudy biały ser (około 15 dkg);

II śniadanie: zsiadłe mleko bez śmietany (o temperaturze pokojowej);

Obiad: zupa jarzynowa, przecierana, bez śmietany; ziemniaki całe, świeżo ugotowane; surówka np. tarta marchew z jabłkiem;

deser — pascha ze świeżego twarożku na słodko;

Podwieczorek: herbata, sucharki, miód lub dżem.

Kolacja: manna na mleku z sokiem.

Maria Morzkowska

Prof. W. TIMAKOW

I. I. Miecznikow i jego nauka

w 35 rocznicę jego śmierci

W tym roku minęło **35 lat od śmierci wielkiego** przyrodnika, Ilii Ilicza Miecznikowa. Imię jego należy do grupy takich uczonych naszej ojczyzny, jak Sieczenow, Pawłow, Timiriazew i Miczurin, którzy w ciągu całej swej działalności naukowej rozwijali i pogłębiali zasady ewolucyjnej nauki materialistycznej, walczyli z idealizmem, a pracą swą stworzyli priorytet naszej ojczystej nauki i rozgłosili jej sławę.

Miecznikow po ukończeniu studiów biologicznych, w pierwszych latach swej działalności naukowej, badał zagadnienia zoologii, a następnie zajął się zagadnieniami medycyny.

WIELOKOMÓRKOWCE POCHODZĄ OD JEDNOKOMÓRKOWCÓW

W dziedzinie zoologii poczynił on ważne odkrycia, pierwszy wykazał, że niższe organizmy bezkręgowe we wczesnych stadiach swego rozwoju mają takie same listki zarodkowe, jak i kręgowce na wyższym stopniu rozwoju. Ustalił on, że zarówno w organizmach bezkręgowych, jak i kręgowców rozwój tkanek i organów z różnych listków zarodkowych odbywa się jedną drogą i według jednakowych praw, tzn. z listka zewnętrznego zarodka wytwarza się skóra i system nerwowy, ze średniego — mięśnie, tkanka łączna, serce i naczynia krwionośne, z wewnętrznej zaś warstwy zarodkowej rozwija się nabłonek przewodu pokarmowego itd.

Ilia Ilicz Miecznikow wykazał również, że niższe organizmy, jak meduzy, gąbki i inne, w odróżnieniu od organizmów na wyższym stopniu rozwoju, jak np. szkarłupnie, nie mają centralnej jamy, lecz mają jej zaczątki. Tymi badaniami Miecznikow, zgodnie z ewolucyjną teorią Darwina, dowiódł, że *wielokomórkowe organizmy pochodzą od jednokomórkowych* oraz, że kręgowce i bezkręgowce w rozwoju historycznym są nierozdzielnie ze sobą powiązane, podlegając wspólnym prawom pochodzenia i rozwoju.

Badając pochodzenie i znaczenie listka zarodkowego organizmów na różnych stopniach rozwoju zoologicznego, Miecznikow ustalił nieznane do tego czasu zjawisko trawienia wewnątrzkomórkowego.

Odkrycie to stało się punktem zwrotnym dla dalszej działalności I. I. Miecznikowa.

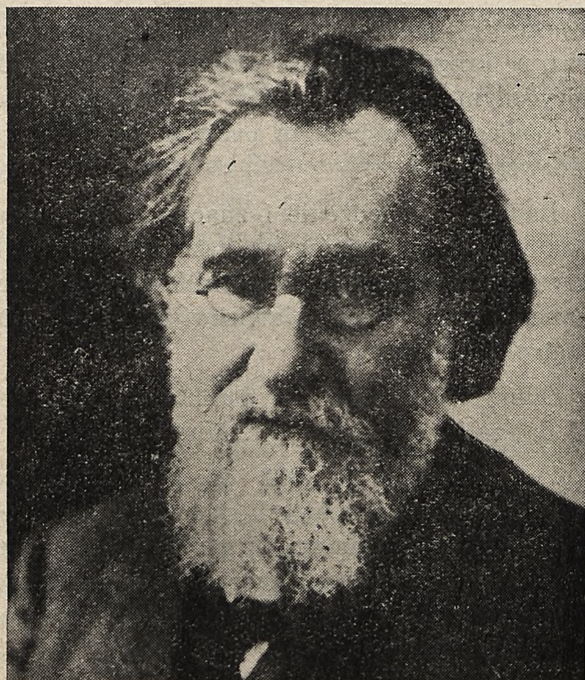
Poczynając od r. 1892 do końca swojego życia, w badaniach swych poświęca on specjalną uwagę zagadnieniu trawienia wewnątrzkomórkowego. Od tego czasu datują się jego prace w dziedzinie patologii ogólnej i mikrobiologii.

BADANIA NAD FAGOCYTOZĄ

Badania wewnątrzkomórkowego trawienia stały się podstawą dla wyjaśnienia takich zasadniczych zagadnień patologii, jak odporność organizmu i jego walka w stanach zapalnych. Badając wewnątrzkomórkowe trawienie i wyjaśniając przy tym funkcje środkowego listka zarodkowego — mezodermy, Ilia Iljicz ustalił, że ruchome komórki mezodermy mogą pochłaniać różne obce składniki. Np. jeżeli do organizmu meduzy wprowadzić ziarnka karminu, to zostaną one pochłonięte przez komórki mezodermy. W ten sam sposób reagują na wprowadzenie obcych składników komórki mezodermy pierścienic i inne. Na podstawie tych danych Miecznikow wyraził przypuszczenie, że komórki mające zdolność pochłaniania obcych cząsteczek, mogą bronić organizm przed szkodliwymi czynnikami, które do niego wtargnęły. W przyszłości badania te stały się bazą przy opracowywaniu nauki Miecznikowa o fagocytozie.

*) Med. Rabotnik, nr. 52.

Odkrycie grupowania się różnych komórek dookoła obcych cząsteczek, które przedostały się do organizmu, naprowadziło Miecznikowa na myśl o tym, że proces ten, zaobserwowany w organizmach na niższym stopniu rozwoju, ma duże podobieństwo do procesu zapalnego w organizmach na wyższym stopniu rozwoju.



I. I. Miecznikow.

W wyniku szeregu dalszych badań, wbrew podówczas istniejącemu poglądowi, Miecznikow ustalił, że stan zapalny jest reakcją obronną organizmu na wtargnięcie obcego czynnika. Wniosek ten bazował na fakcie, że istotnym i zasadniczym elementem rozwoju procesu zapalnego jest gromadzenie się leukocytów i fagocytów w miejscu, gdzie zaistniał stan zapalny.

I. I. Miecznikow dowiódł również, że stan zapalny jest reakcją organizmu. Wyniki tych badań wypowiedział on w znakomitej monografii „Wykłady patologii porównawczej stanu zapalnego", wydrukowanej w 1892 roku, a która dotychczas nie straciła swego naukowego znaczenia.

PROBLEM ODPORNOŚCI

Nauka Miecznikowa o stanie zapalnym jest nierozerwalnie powiązana z jego badaniami *problemu odporności*. Więcej, nauka ta bezwzględnie stała się fundamentem, na którym Miecznikow w późniejszym czasie oparł swą znaną teorię fagocytarną, jedno z największych odkryć nauki, która uczyniła go sławnym.

Rozwój choroby, jej przebieg i wynik zależą, według Miecznikowa, od aktywności fagocytów. W wypadku, gdy do organizmu zwierzęcia lub człowieka przedostają się drobnoustroje, a fagocyty aktywnie je pochłaniają i niszczą, organizm staje się n i e p o d a t n y na tę chorobę. Jeżeli zaś fagocyty są nieaktywne, zwyciężają w walce drobnoustroje, wywiązuje się choroba, której wynik zależy od idącego za tym procesu fagocytarnego. Gdy proces ten jest silny — następuje wyzdrowienie, jeżeli zaś proces fagocytarny jest słaby lub zostaje sztucznie wstrzymany, następuje śmierć. Wzajemne oddziaływanie fagocytów i drobnoustrojów jest, według zdania Miecznikowa, uzależnione od chemicznej wrażliwości komórek fagocytarnych na drobnoustroje lub składniki trujące. Dzięki tej wrażliwości, komórki fagocytarne w procesie stanu zapalnego przenikają przez naczynia krwionośne do miejsca, do którego przedostały się drobnoustroje i niszczą je. W tych zaś wypadkach, gdy trujące składniki drobnoustrojów lub same drobnoustroje oddziaływują na fagocyty w ten sposób, że nie są one zdolne do czynu, następuje rozwój choroby.

Teorię odporności Miecznikow przekonywująco poparł dużym materiałem faktycznym.

Miecznikowa słusznie zupełnie nazywają ojcem i założycielem immunologii. W swej teorii, w przeciwieństwie do innych, istniejących w tym czasie poglądów na odporność, dowiódł on, że zwiększenie we krwi ilości leukocytów, przedostawanie się ich przez ścianki naczyń krwionośnych do ogniska infekcji dopomaga do trawienia wewnątrzkomórkowego i walki z zarazkiem chorobotwórczym. Za tę pracę Miecznikow otrzymał nagrodę Nobla.

OPORY UCZONYCH IDEALISTÓW

Teoria Miecznikowa o odporności jak i wszystkie jego prace były całkowicie zgodne z materialistyczną teorią ewolucji Darwina, obalały idealistyczne poglądy wielu badaczy-idealistów. Właśnie na skutek tego, prace Miecznikowa spotkały się z ostrym sprzeciwem i krytyką szeregu naukowców-idealistów.

I. I. Miecznikow dowiódł przeciwnikom, że bez fagocytozy nie może odbywać się obrona organizmu i proces ten w całym szeregu infekcji jest procesem zasadniczym.

Oprócz tych ogólnych zagadnień biologicznych, nad którymi pracował Miecznikow, w ostatnich latach swego życia pracował on nad poszczególnymi, lecz bardzo ważnymi zagadnieniami patologii i mikrobiologii, studiował etiologię cholery, zagadnienie gruźlicy, duru brzusznego, czyniąc w tej dziedzinie pewne odkrycia. Miecznikow wykazał np., że przecinkowiec cholery napastując człowieka, nie zawsze wywołuje u niego chorobę, a przez to samo ustalił, że rozwój choroby zależy nie tylko od bakterii choroby, lecz i od flory bakteryjnej w jelitach.

Mówiąc o tych pracach Miecznikowa, należy podkreślić specjalne zalety jego charakteru, cechujące wielu uczonych naszej ojczyzny: bohaterstwo i samozaparcie się w imię nauki. Celem wyjaśnienia specyfiki zarazka cholery, Miecznikow dwukrotnie robił doświadczenia na samym sobie, połykając kulturę zarazka cholery.

W ostatnich latach swego życia Miecznikow studiował zagadnienie przedwczesnej starości i związany z tym zagadnieniem problem flory bakteryjnej jelit.

MIECZNIKOW WZBOGACIŁ TEORIĘ EWOLUCJI

Opisany w najbardziej ogólnych zarysach zakres badań Miecznikowa wykazuje, jak wiele uczynił on dla nauki, będąc pionierem w badaniu szeregu zagadnień biologii i patologii. Stworzył on nową dziedzinę nauki — *porównawczą historię rozwoju organizmów*, opracował *porównawczą biologiczną metodę badania* i wspólnie z A. O. Kowalewskim stworzył *embriologię porównawczą*. Te badania Miecznikowa nie tylko potwierdziły, lecz i wzbogaciły materialistyczną teorię ewolucji.

Właśnie na podstawie teorii ewolucyjnej Miecznikow opracował i w nowy sposób oświetlił zagadnienie stanu zapalnego i odporności w chorobach zakaźnych. Miecznikow nigdy nie ograniczał się tylko do gromadzenia konkretnych faktów, lecz uogólniał je, syntetyzował i na tej podstawie odkrywał ogólne teorie prawa biologicznego. Dlatego też jego teorie i idee dziś jeszcze stanowią pomoc i źródło dla nowych badań i doświadczeń.

Miecznikow wskazywał na znaczenie całości organimu przy rozwoju procesu infekcyjnego, na zależność tego procesu od warunków i czynników środowiska zewnętrznego, rozpatrując formowanie odporności i rozwój procesu infekcyjnego z punktu widzenia praw fizjologicznych organizmu. Wskazywał również na doniosłe znaczenie układu nerwowego w procesie zapalnym w infekcji. Te jego idee nie zostały jednak przez niego uzasadnione eksperymentalnie.

PRAWDY JESZCZE NIEZNANE

Dlatego też przed nami, mikrobiologami radzieckimi stoi obecnie zadanie zbadania i wyjaśnienia, w świetle nauki Pawłowa roli i znaczenia ośrodkowego układu nerwowego w powstawaniu odporności i jego wpływ na zjawisko fagocytozy. Powinniśmy, wychodząc z założeń Pawłowa, zbadać znaczenie systemu fagocytarno-mezenchymalnego dla powstawania przeciwciał i jeszcze głębiej rozpracować wszystkie mechanizmy odporności organizmu. Musimy zbadać również tzw. naturalne, fizjologiczne czynniki obronne organizmu, jak np. obronne znaczenie skóry i błon śluzowych, funkcję wydzielania, znaczenie wiązacza i dopełniacza i innych praw serologicznych. Na znaczenie tych mechanizmów przy formowaniu naturalnej odporności Miecznikow wskazywał w swych badaniach, lecz, niestety, zagadnienia te nie są przez nas dostatecznie studiowane, chociaż właśnie one, w świetle fizjologii Pawłowa, mają szczególne znaczenie.

Mówiąc o zasługach Miecznikowa, koniecznie trzeba podkreślić jego ogromną rolę w rozwoju naszej ojczystej nauki. W istocie rzeczy, Miecznikow jest założycielem naszej mikrobiologii. Miecznikow wraz z N .F. Gamalejem zorganizował w Odessie pierwsze w Rosji, a drugie na świecie, pasteurowskie laboratorium bakteriologiczne, którym kierował przez szereg lat.

Miecznikow odznaczał się nadzwyczajną pracowitością, pracował z samozaparciem, szukając naukowej prawdy. Głęboko kochający ludzkość, naukę i jej ofiarnych działaczy, jest nam bliski i zrozumiały.

Oprac. A.

DR JAN ANYŻEWSKI

O kondycji i treningu

MÓWIĄC poprzednio o drogocennym wpływie kultury fizycznej na chorych,, zwłaszcza inwalidów, wspomniałem kilkakrotnie o „kondycji“.

Termin ten, bardzo popularny w sporcie, określa stan wyrobienia siły mięśniowej. Jeśli mówimy o zawodniku, że nie wytrzymał meczu kondycyjnie, to rozumiemy, że przed zakończeniem zawodów zaczął odczuwać zmęczenia, które odbiło się na szybkości biegu czy sile ciosu. Świadczy to o złym przygotowaniu do zawodów czyli o niedostatecznym „treningu“.

Dobra kondycja jednak potrzebna jest nie tylko sportowcom. Każdy członek powinien utrzymywać swój układ mięśniowy w stanie odpowiedniego napięcia, gdyż daje mu to gwarancję wykonania jakiejś pracy dodatkowej, nie leżącej w planie jego codziennych zajęć. Ludzie nie dbający o swoją siłę fizyczną, niestety pracy takiej nie będą mogli wykonać.

UTRATA „KONDYCJI“

Jaki to ma związek z chorymi w szpitalach? — Bardzo ścisły. Przypuśćmy, że chory leży w szpitalu przeciętnie 2 tygodnie. W tym czasie na oddziałach chirurgicznych wykonuje się zabieg operacyjny, na innych oddziałach przeprowadza się badania, ustala rozpoznanie oraz rozpoczyna leczenie. Większą część swego pobytu w szpitalu chorzy leżą, ewentualnie „spacerują“, nie wkładając w to większego wysiłku. Przez ten czas zaniki obejmują wszystkie mięśnie i chory wychodzi „słabszy“, aniżeli przed przybyciem do szpitala. Jeżeli przedtem uprawiał sporty, to — znając zasady treningu — sam zaczyna ćwiczyć i wkrótce znów dochodzi do dobrej kondycji. Jeśli natomiast przed kuracją szpitalną dany osobnik nie uprawiał ćwiczeń gimnastycznych, wówczas powrót do normalnej siły trwa bardzo długo. Ludzie tacy chodząc do lekarzy dopominają się o zwolnienie, gdyż na przykład sprawia im trudność wchodzenie na 3 piętro lub też męczy ich zwykła praca fabryczna, na którą przedtem nie narzekali.

Dlatego zarówno z punktu widzenia zdrowotnego jak i ekonomicznego tak ważne jest zagadnienie „t r e n i n g u“.

NA PRZYKŁADZIE...

Zanim przejdę do omówienia cech treningu, chciałbym opisać jeszcze pewne doświadczenie.

Jeżeli człowiekowi absolutnie zdrowemu unieruchomimy obie kończyny górne na przeciąg 3 tygodni, to oczywiście wystąpią spodziewane zaniki mięśniowe. Po tym pierwszym okresie rozpoczynamy intensywne ćwiczenia i, kiedy stwierdzimy całkowity powrót siły mięśni, ponownie unieruchamiamy obie ręce, ale tylko na tydzień. Już w tym tak krótkim czasie występują obustronne zaniki mięśniowe. Jeżeli teraz, po tygodniu, każemy naszemu pacjentowi uderzać ręką w stół (przy nadal unieruchomionej kończynie prawej), rzecz jasna, że zaniki w tej ręce zaczną się cofać. Ale co dziwniejsze również i w kończynie p r a w e j, (ciągle unieruchomionej), zaznacza się poprawa stanu umięśnienia. Jest to niedoceniona, wspaniała zdolność wyrównawcza organizmu ludzkiego. Ona właśnie jest argumentem, który świadczy o konieczności uprawiania gimnastyki ogólnej. Bo, jeżeli na przykład, pacjent był operowany z powodu schorzenia jednej kończyny, to nie potrzebujemy czekać aż stan pozwoli na ćwiczenia tej właśnie kończyny. Rozpoczynamy gimnastykę ogólną, wiedząc że zadziała ona tak, jakby pracowała kończyna operowana.

CO TO JEST TRENING?

Jest to układ ćwiczeń ruchowych, odpowiednio dobrany i przeprowadzany pod kontrolą, a mający na celu powiększenie zdolności wysiłkowej człowieka.

O warunkach, w jakich należy przeprowadzać trening, wspomnę w kilku słowach, gdyż jest to zagadnienie dziś aktualne, ale jeszcze nie całkowicie opracowane.

Dla sportowców wyczynowych stosuje się w Związku Radzieckim specjalnie trudne warunki treningowe: np. biegi po terenie leśnym w czasie deszczu, biegi w obuwiu zwykłym, biegi w nocy itp. Po takim obozie kondycyjnym, sportowiec, który dotychczas musiał pokonywać dodatkowe opory i wykonywał większą pracę, teraz na bieżni, w stroju gimnastycznym, a więc w idealnych warunkach — zdolny jest do znacznie większych wysiłków — co za tym idzie — osiąga lepsze wyniki.

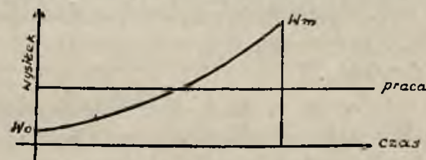
Rzeczą jasną jest, że u rekonwalescentów tego rodzaju treningu stosować nie możemy.

NIE PRZEMĘCZAĆ ĆWICZENIAMI

Nie będę przytaczał całej gamy różnych ćwiczeń gimnastycznych, wpływających dodatnio na kondycję człowieka, omówię natomiast podstawowe cechy treningu.

Dla łatwiejszego przedstawienia tych cech podać je muszę w formie graficznej. W układzie współrzędnych na jednej osi oznaczać będziemy wielkość wysiłku, na drugiej zaś czas trwania. Jeżeli zalecamy pewne ćwiczenie, to wymaga ono zawsze od ćwiczącego wysiłku początkowego (dla porównania, dla wypchnięcia ciężaru — uniesienie tego ciężaru). Jeżeli nie przerwiemy ćwiczenia to możemy doprowadzić do takiego stanu, że ćwiczący na skutek zmęczenia, będzie zmuszony ćwiczenia przerwać. Jeżeli zapytamy człowieka wykonywującego pewną ciągłą pracę o wkład wysiłku na początku i w jej końcowych etapach, odpowie nam, że pierwsze chwile wcale go nie męczyły, natomiast z upływem czasu musiał wzmóc wysiłek, aby wykonywana praca miała tę samą wartość.

Oznaczmy wysiłek początkowy (przy którym rozpoczynamy ćwiczenia) literą „W“ze znaczkiem „o“. Przy tym wysiłku nasz pacjent nie odczuwa zmęczenia. Literą „W“ ze znaczkiem „m“ oznaczmy wysiłek maksymalny danego osobnika. Jeżeli teraz wykreślimy ćwiczenie w postaci linii — to otrzymamy zdolność wysiłkową osobnika.

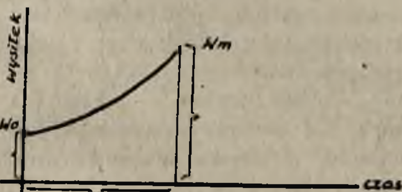


Wykres ten ma dla nas trzy ważne wartości, a mianowicie:

1. wartość wysiłku początkowego dla danej pracy,
2. wartość wysiłku maksymalnego oraz
3. czas od rozpoczęcia pracy do wystąpienia wysiłku maksymalnego.

Jak się te wartości będą zachowywać u pacjenta, który znajduje się w doleczaniu po zabiegu operacyjnym lub po długim leżeniu?

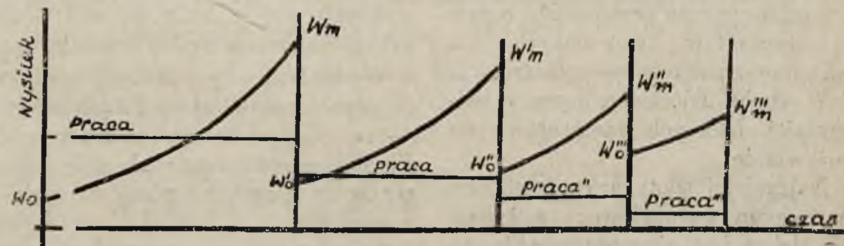
Taki człowiek dla wykonania małego ćwiczenia musi zużywać od samego początku dużo energii, czyli wartość pierwsza rośnie. Z powodu dużych zaników mięśniowych nie jest on zdolny do znacznego wysiłku maksymalnego — czyli wartość druga maleje. A czas, jak długo nasz pacjent będzie mógł kontynuować zlecone ćwiczenia będzie bardzo krótki, czyli maleje też i wartość trzecią. Mając już te dane ogólne, możemy wykreślić zdolność wysiłkową rekonwalescenta.



Pozostaje jeszcze jedno wyjaśnienie, a mianowicie odpowiedź na pytanie, czy nasz pacjent zdolny jest ćwiczyć poza granicą wysiłku maksymalnego?

Bezwzględnie tak. Ale wielkość pracy, jaką ma wykonać, musi być mniejsza. Czas, w którym znowu dojdzie do powstania wysiłku maksymalnego będzie teraz już krótszy, aniżeli poprzednio. Eksperyment powtarzać możemy kilkakrotnie, otrzymując za każdym razem zmniejszenie wartości pracy i szybsze pojawienie się zmęczenia, aż doprowadzimy do tak wielkiego znużenia, że nawet najmniejszej pracy dany osobnik nie zdoła już wykonać.

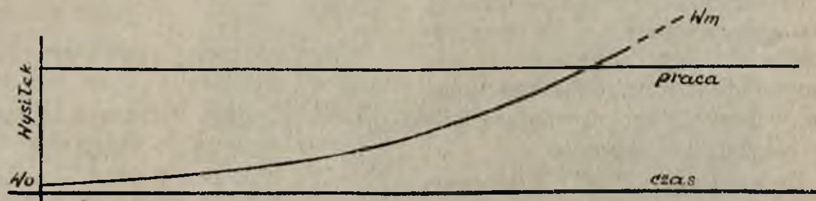
Graficznie przedstawiać się to będzie następująco:



Jak należy przeprowadzać trening i kiedy możemy mówić o wzmożeniu kondycji osobnika?

Cechą zasadniczą racjonalnych ćwiczeń powinno być **nieprzekraczanie wysiłku maksymalnego**. Starać się trzeba o przedłużenie czasu trwania treningu, dając raczej ćwiczenia mniej wyczerpujące.

Jak będzie się przedstawiał wykres człowieka wytrenowanego, inaczej mówiąc — posiadającego dobrą kondycję?



Stosunek wielkości pracy do wysiłku początkowego będzie duży. Wartość wysiłku maksymalnego będzie bardzo duża. Czas od rozpoczęcia pracy do wystąjienia wysiłku maksymalnego będzie bardzo długi. Osobnika o tego rodzaju zdolności wysiłkowej uważamy za wytrenowanego.

Podane powyżej wykresy stosować można jedynie do ludzi, którzy nie zajmują się sportem, lecz którym nabranie kondycji przywróci pełną sprawność do pracy. U sportowców, wyczynowców, zachodzą nieco inne stosunki, gdyż tam chodzi właśnie o wykorzystanie wysiłku maksymalnego, przy jak najmniejszym zmęczeniu; wysiłek ten powinien zawsze wypaść „na mecie“.

Jan Anyżewski

Radzimy naszym czytelnikom, o ile jeszcze nie znają, przeczytać wspaniałą książkę autora radzieckiego Borysa Polewoja pt. „Opowieść o prawdziwym człowieku“. Historia radzieckiego lotnika, który postradał obie nogi, doskonale obrazuje wyniki dobrze i wytrwale stosowanej metody treningu pooperacyjnego.

Od Redakcji

Prof. A. TUR

Dietetyka zdrowych i chorych dzieci

NAUKA I. P. Pawłowa o wyższej działalności nerwowej, o pierwszym i wtórnym systemie sygnalnym, o refleksach warunkowych, o typach systemu nerwowego, o pracy gruczołów trawiennych ma ogromne znaczenie w pediatrii.

W życiu dziecka jednym z najbardziej istotnych momentów jest odżywianie.

Najczęściej spotykanym powodem naruszenia prawidłowego odżywiania dzieci jest nieprzestrzeganie godzin karmienia, zwłaszcza niemowląt. Zmiana godzin posiłków u dzieci prowadzi do zaburzeń ustalonych rytmicznych procesów sekrecji soków trawiennych, co nieuchronnie odbija się na apetycie dziecka i na procesach przyswajania pokarmu.

ZABURZENIA APETYTU

Prawidłowe odżywianie dziecka ma ogromne znaczenie dla stanu pobudliwości kory mózgowej, między innymi dla tzw. ośrodka trawiennego, odgrywającego decydującą rolę w zaburzeniach apetytu.

Doświadczenia N. I. Krasnogorskiego i jego współpracowników wykazały, że w miarę nasycania organizmu obniża się pobudliwość kory i podkorowych warstw ośrodka trawiennego, na skutek czego zmniejszają się refleksy warunkowe i trawienne. Wyjątkowo ciekawe i mające duże znaczenie praktyczne są doświadczenia, wykazujące np. że cukier, który dziecko dostanie przed posiłkiem, wywołuje silne obniżenie pobudliwości kory ośrodka trawiennego. Tym tłumaczy się praktyczne doświadczenie, że dzieci łatwo tracą apetyt, jeśli przed posiłkiem podamy im słodycze. Cukier i inne słodycze należy dawać dzieciom w określonych ilościach i w określonym czasie.

Badania I. P. Pawłowa nad sekrecją śliny i jego klasyczne doświadczenia robione wspólnie z Szumową-Simanowską w dziedzinie badania soku żołądkowego w czasie pozornego karmienia psa, wykazały, że sekrecja gruczołów ślinowych zaczyna się nie tylko wtedy, gdy pożywienie dostaje się do ust i żołądka, lecz także już na widok oraz zapach pożywienia, podobnie jak wykazały dalsze badania, w czasie przygotowywania się do jedzenia itp.

Wydzielanie „psychicznej" śliny i „psychicznego" soku żołądkowego — są to zjawiska zgodne z prawem fizjologicznym, znane obecnie jako procesy refleksów warunkowych.

I. P. Pawłow stwierdził, że sok żołądkowy w pierwszej odruchowej fazie sekrecji gruczołów żołądkowych posiada dla całego procesu trawienia, ogromne znaczenie; sok ten zapewnia rozpoczęcie procesu trawienia, jest jakby jego „zapalnikiem". Na ilość odruchowej sekrecji soku żołądkowego ogromny wpływ ma „apetyt", chęć spożycia pokarmu.

ZNACZENIE APETYTU

I. P. Pawłow zarzuca lekarzom obojętny stosunek do skarg chorych na brak apetytu i w swoich: „Wykładach o pracy głównych gruczołów trawiennych" podkreśla, że „... żaden inny bodziec, oddziaływujący na wydzielanie soku żołądkowego, nie może się równać ani jakościowo, ani ilościowo z silnym pragnieniem jedzenia". W innym miejscu Pawłow mówi, że tylko jedzenie z apetytem daje maksymalny pożytek, jedzenie zaś na rozkaz nie daje dodatniego wyniku.

Fakty te, ustalone przez wielkiego fizjologia i sformułowane w jego „Wykładach" są wyraźnie niedoceniane przez pediatrów w ich codziennej praktyce zarówno u dzieci zdrowych jak i chorych. Jeszcze dotychczas wiele osób myśli, że niemowlęta nie doznają wrażeń smakowych, a przyczyny braku apetytu u dzieci bardzo często są niedoceniane.

Na bazie powstawania chwilowych powiązań warunkowych, które z biegiem czasu stają się stałymi, formuje się u dzieci, w czasie ich życia indywidualnego, odruchowa faza wydzielania soku żołądkowego, która ma olbrzymie znaczenie dla całego procesu wykorzystywania pożywienia.

Fakty te, o doniosłym znaczeniu dla dzieci w okresie niemowlęctwa, powinny być szeroko wykorzystane przy odżywianiu wszystkich dzieci, bez różnicy wieku.

W świetle nauki I. P. Pawłowa jest całkowicie uzasadnione dawanie dzieciom w wieku od 1½ — 2 lat takich produktów żywnościowych, jak nieostry ser, śledź, kawior, szynka itp., które dzieci chętnie jedzą i które są wspaniałymi bodźcami dla przywrócenia apetytu.

Jasne jest, że dla fizjologicznego uzasadnienia dietetyki dzieci ma znaczenie nie tylko prawidłowe zrozumienie i wykorzystanie pierwszej odruchowej fazy sekrecji gruczołów trawiennych, lecz również i drugiej fazy, tak zwanej fazy chemicznej sekrecji żołądkowej.

I. P. Pawłow ustalił, że działalność gruczołów trawiennych jest uzależniona od jakościowego składu pożywienia, co ma wyjątkowo duże znaczenie. Zwłaszcza u dzieci.

MLEKO

Między różnymi rodzajami pożywienia zupełnie wyjątkowe miejsce zajmuje mleko. Dla trawienia mleka potrzebna jest najmniejsza aktywność soku żołądkowego i soku gruczołu trzustkowego. „Dzięki temu, — mówi Pawłow, — sekrecyjna praca dla przyswojenia mleka jest znacznie mniejsza w porównaniu z pracą dla przyswojenia jakiegokolwiek innego pożywienia".

Zrozumiałe jest więc znaczenie pokarmu kobiecego w dietetyce dzieci, u których aktywność fermentów soku żołądkowego, jak wykazały badania, jest w pierwszych trzech, czterech miesiącach życia wyjątkowo niska. Dlatego też zabranianie wczesnego dokarmiania i dawania wszelkiego rodzaju surogatów mleka oseskom jest całkowicie uzasadnione.

TŁUSZCZE

Nie można pomijać również eksperymentalnych danych o wpływie tłuszczów na pracę gruczołów trawiennych. Tłuszcz w dużych ilościach hamuje wydzielanie soku żołądkowego i przeszkadza trawieniu białka. Tłuszcz, wprowadzony do organizmu zwierzęcia przed podaniem mu mięsa, zatrzymuje gwałtownie sekrecję gruczołów żołądkowych i zmniejsza ilość wydzielanego przez nie soku; tłuszcz, otrzymany przez zwierzę po podaniu mięsa, zatrzymuje normalnie rozpoczęte trawienie mięsa.

Przy wyznaczaniu diety dzieciom we wczesnym wieku pediatrzy powinni uwzględniać niecelowość przeładowywania tej diety tłuszczami.

Szeroko propagowana przez niektórych pediatrów (Olewski) kombinacja dużej ilości tranu ze znacznymi ilościami białka,, wprowadzonego w pełnotłustym kefirze, nie ma uzasadnienia w dietetyce. Taka dieta stwarza nieprzychylne warunki dla trawienia pożywienia i nierzadko wywołuje ostre zaburzenia przewodu pokarmowego.

Rzecz jasna nie oznacza to, że należy z tłuszczów, a między innymi z tranu, zrezygnować. Tran jest wartościowym produktem, który należy wykorzystać w żywieniu zdrowych dzieci. Nie wolno jednak nadużywać tranu, a co najważniejsze, przy zapisywaniu go dzieciom, nie można stosować szablonu.

Zawartość tłuszczu w pożywieniu należy wykorzystać również w dietetyce dzieci chorych w starszym wieku, jako czynnik, mający wpływ na sekrecję gruczołów żołądkowych i obniżający, między innymi, kwasotę treści żołądkowej.

Dobry bodziec dla sekrecji gruczołów żołądkowych stanowi rosół mięsny. Jeszcze silniejszym bodźcem okazały się wywary z jarzyn. Uzasadnia to stosowanie w odżywianiu dzieci zup mięsnych i jarzynowych.

Codzienne doświadczenia kliniczne wykazują, że na wydzielanie soku żołądkowego, obok fazy odruchowej i chemicznej, olbrzymi wpływ na procesy trawienia i absorbację produktów pożywienia rozłożonych fermentatywnie na składniki, ma mechaniczne podrażnienie ścianek przewodu pokarmowego.

Badania I. P. Pawłowa o wpływie przewlekłych diet na fermentatywną aktywność soków trawiennych, mają szczególnie wielkie znaczenie dla dietetyki dzieci. U dzieci wczesnego wieku, w procesie wykorzystywania białka, trawienie żołądkowe odgrywa stosunkowo mniejszą rolę, niż u dorosłych, ponieważ niski stopień kwasoty soku żołądkowego u dzieci w pierwszym roku życia nie sprzyja peptycznemu trawieniu białka w żołądku.

Jednocześnie, nawet najmniejsze zmiany patologiczne, a czasem nawet lekka choroba któregokolwiek narządu, nie związanego bezpośrednio z narządami trawienia, gwałtownie zmieniają funkcje gruczołów żołądkowych.

LICZNE POWODY ZABURZEŃ

Znaczne jakościowe i ilościowe zmiany diety, zmiana temperatury otoczenia, uczucia bólu, zaburzenia stanu psychicznego, wywołują u dziecka zmiany w działalności przewodu pokarmowego, a w pierwszym rzędzie gruczołów żołądka, co nieuchronnie prowadzi do zaburzeń w procesach trawienia pokarmów. Różne badania kliniczne i niektóre bolesne zabiegi terapeutyczne, nieraz bez dostatecznego uzasadnienia i zbyt często stosowane, nie pozostają bez wpływu na działalność narządów trawiennych dzieci. Z tego powodu konieczne jest uwzględnianie nie tylko diety, lecz również otoczenia, w którym dziecko się znajduje i usuwanie wszystkich czynników, które w ten lub inny sposób mogą wpłynąć na zaburzenia w trawieniu. Konieczne jest przy każdym zachorowaniu, a zwłaszcza jeżeli przebieg choroby jest połączony z wysoką temperaturą, wyznaczając dietę podchodzić indywidualnie do chorego dziecka.

Z punktu widzenia nauki I. P. Pawłowa jest całkowicie usprawiedliwione szerokie stosowanie w praktyce pediatrycznej w celach profilaktycznych i leczniczych, naturalnego soku żołądkowego, pepsyny i pankreatyny Przemysł apteczny powinien zwiększyć produkcję aktywnych preparatów fermentów przewodu pokarmowego.

Jedna z ważniejszych zasad nauki fizjologicznej Pawłowa o jedności organizmu i otoczenia zewnętrznego ma wyjątkowo duże znaczenie dla pediatrii. Tu szczególnie dużą rolę odgrywa odżywianie, ponieważ skład pożywienia ma wpływ na funkcję kory mózgowej, narządów wewnętrznych i może zmienić procesy metabolizmu.

Jest jeszcze wiele uczonych, którzy nie chcą uznać nauki o konstytucjonalnych właściwościach dzieci, którzy się boją terminu „anomalii konstytucji" i gotowi są nie uznać wpływu czynników dziedzicznych.

Nie rozumieją oni prawdopodobnie i nauki Pawłowa i nauki Miczurina — Łysenko: dziedziczne i ustrojowe właściwości nie są czynnikami nie ulegającymi zmianom, skazującym dziecko na takie lub inne choroby, a są tylko właściwościemi, które mogą się zmienić pod wpływem warunków otoczenia zewnętrznego, zwłaszcza pod wpływem warunków życia, odżywiania i wychowania.

Należy szeroko wykorzystać dietetykę jako czynnik o znaczeniu profilaktycznym i teraupetycznym, systematycznie dopomagać do rozwijania się najbardziej dodatnich, indywidualnych, ustrojowych właściwości u każdego dziecka.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

W sprawie prenumeraty miesięcznika „Pielęgniarka Polska" należy zwracać się
do Państwowego Przedsiębiorstwa Kolportażu „RUCH",
Oddział w Warszawie, ul. Srebrna 12.

Opłatę za prenumeratę należy wnosić na konto PKO Nr I-15978 dla mka „Pielęgniarka Polska"

UWAGA: Zawiadamiamy wszystkich prenumeratorów naszego pisma, że urzędy pocztowe oraz listonosze wiejscy i miejscy przyjmują wpłaty na prenumeratę w terminie do dnia 15 każdego miesiąca na m-c następny i okresy dalsze.

Numer ukazuje się w grudniu.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnicza MON w Łodzi. 4.000. Nr 1190 X.51. D-2-31003